الذاتوية

« إعاقة التوحد لدى الأطفال »

إعداد الدكتور

عبد الرحمن سيد سليمان

كلية التربية ـ جامعة عين شمس

مكتبة زهراء الشرق

١١٦ ش محمد فريد ـ ت ، ٣٩٢٩١٩٢



محاولة لفهم
الذاتوية
إعاقة التوحد عند الأطفال

د / عبد الرحمن سيد سليمان
كلية التربية ـ جامعة عين شمس

الناشر
مكتبة زهراء الشرق
١١٦ ش محمد فريد ـ القاهرة
ت : ٣٩٢٩١٩٢

اسم الكتاب	محاولة لفهم الذاتوية
اسم المؤلف	عبد الرحمن سيد سليمان
عدد الصفحات	١٢٨
رقم الإيداع	١٦٠٦٩
الترقيم الدولي	I. S. B. N. 977 - 314 - 053 - 9
سنة النشر	٢٠٠٠
رقم الطبعة	الأولى
الناشر	مكتبة زهراء الشرق
العنوان	١١٦ شارع محمد فريد
البلد	القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
تليفون	٣٩٢٩١٩٢
فاكس	٣٩٢٩١٩٢ ـ ٣٩٣٣٩٠٩

تقديم الكتاب

إن الصورة التى كثيرا ما تُقدَّم لوصف " الذاتوية " ، أو إعاقة التوحد، هى صورة طفل جميل مسجون فى قفص زجاجى .. وطوال عدة عقود تمسك آباء كثيرون بهذه الصورة على أمل أن تظهر وسيلة ما تكسر هذا الحاجز الخفى . وقد أعْلن عن عدة طرق لعلاج هذه الظاهرة، إلا أنه لم يتأيّد أىٌ منها بالبرهان، وبقى القفص قائماً لا يُمس . واليوم يبدو أنه قد آن الأوان لتحطيم هذه الصورة بأكملها، وعندها سيمكننا أن نلقى نظرة على حقيقة عقول المصابين بالذاتوية .

لقد بيَّنت البحوث والدراسات النفسية والفسيولوجية أن الأفراد الذاتويين Autistic People لا يعيشون فى عوالمهم الداخلية الغنية، بل إنهم على عكس ذلك ضحايا نقص بيولوجى يجعل عقولهم شديدة الإختلاف عن عقول الأفراد العاديين، ولكن لحسن الحظ لا يقع الأفراد الذاتويون خارج مجال الإتصال الانفعالى بالآخرين والتودد إليهم .

وعلى هذا ، يمكننا أن نجعل العالم أكثر ترحيبا بالذاتويين، بالطريقة التى نحقق بها ذلك لأية إعاقة أخرى . ولكى يتم ذلك فإننا نحتاج إلى فهم ما هى الذاتوية ..؟

وهذا الكتاب ما هو إلا محاولة لفهمها ..

والله ولى التوفيق ،

المؤلف
الدكتور عبد الرحمن سيد سليمان
المقطم فى شهر رجب ١٤٢٠هـ
أكتوبر ١٩٩٩م



محتويات الكتاب



الفصل الأول

مدخل إلى دراســة الذاتويــة
"إعـاقـة التوحـد"

- البدايات التاريخية لدراسة الذاتوية
- التطور التاريخي لدراسة الذاتوية
- أهمية دراسة الذاتوية
- نحو تعريف لمفهوم الذاتوية



الفصل الأول :

مدخل إلى دراسة الذاتوية

"اعاقة التوحد"

- البدايات التاريخية لدراسة الذاتوية :

يعتبر " ليو كانر"[1] Leo Kanner أول من أشار إلى الذاتوية " اعاقة التوحد " كاضطراب يحدث فى الطفولة، وقد كان ذلك عام ١٩٤٣، حدث ذلك حين كان " كانر" يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية، ولفت إهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقلياء فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح التوحد الطفولى المبكر Early Infantile Autism ، حيث لاحظ إستغراقهم المستمر فى إنغلاق كامل على الذات، والتفكير المتميز بالاجترار الذى تحكمه الذات أو حاجات النفس، وتبعدهم عن الواقعية، بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد، حتى لو كانوا أبويه أو إخوته فهم دائمو الانطواء والعزلة، لا يتجاوبون مع أى مثير بيئى فى المحيط الذى يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أى من المثيرات الخارجية إلى داخلهم التى أصبحت فى حالة إنغلاق تام[2] Shut in وبحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أىٍ ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال، وحتى المتخلفين عقلياً منهم . ومنذ عام ١٩٤٣ استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة - كما سنشير إلى ذلك فى محاولات تعريف هذا الإضطراب - من هذه التسميات على سبيل المثال لا الحصر فصام الطفولة المبكر Early Infantile Autism أو اجترارية الطفولة

---

(1) ليو كانر Leo Kanner طبيب نفسى أمريكى متخصص فى الأطفال ولد فى المجر (١٨٩٤) وهو مؤلف كتاب طب نفس الطفل عام ١٩٣٥ Child Psychiatry وهو أول كتاب في الموضوع باللغة الإنجليزية . ولقد اشتهر " كانر" بدراساته فى الذاتوية " اعاقة التوحد " الطفلية Infantile Autism، وهو يميّز بينها وبين فصام الطفولة . وتسمى هذه الذاتوية " اعاقة التوحد " مرض كانر، أو زملة كانر (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، الجزء الرابع، ص ١٨٦٧) .

(2) شخصية منغلقة : Shut-in Personality

فرد ينسحب وينعزل، وغير اجتماعى، وتشيع الظاهرة بين الأشخاص الذين يصبحون فصاميين، إنسان يعيش بين الناس وليس معهم، ويوصف هذا النمط أيضا بأنه شبه فصامى او منفصم Schizoid (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٥، الجزء السابع، ص ٣٥٤٠)

المبكـرة، Early Childhood Autism ، ذهـان الطفولـة Children psychosis، النمو غير السـوى (الشـاذ) Atypical Development (وهو لفظ يستخدم أحيانا ليميز فصام الطفولة أو الذاتوية " اعاقة التوحد " الطفلية المبكرة)، نمو " أنا " غير سوي Atypical Ego Development .

ويرى بعض الباحثين (انظر على سبيل المثال : يوسف القريوتي وآخرون، ١٩٩٥؛ Matz, 1982) أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح الذاتوية " اعاقة التوحد "، واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الإضطراب . بالإضافة إلى ذلك، فإن استخدام عدد من التسميات كان بسبب غموض وتعقد التشخيص الفارق للإجترارية .

ومن الناحية التاريخية، استخدام مصطلح الذاتوية " اعاقة التوحد " في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عُرِّف الفصام، خاصة الفصام في مرحلة الطفولة أو فصام الطفولة[1] Childhood Schizophrenia وفي ذلك الوقت، كان يستخدم مصطلح الذاتوية " اعاقة التوحد " كوصف لصفة

---

[1] فصام الطفولة : مصطلح غير دقيق يشير إلى مجموعة متباينة من ردود الفعل للشخصية الفصامية، بصفة عامة، التي تظهر في وقت مبكر من حياة الفرد . ومن الأعراض الأكثر شيوعا في هذا الإضطراب : عدم القدرة على الإستجابة الانفعالية والاهتمامات بالغة الضيق، والفشل في الإرتباط بالأفراد الآخرين، والوظائف اللغوية المضطربة، وانخفاض مستوى تحمل الإحباط والتفكير الإجتراري Autistic Thinking (الذي هو عبارة عن عمليات تفكير نرجسية متمركزة حول الذات كأحلام اليقظة والاستغراق في الخيال على نحو لا علاقة له بالواقع، أو علاقته به ضئيلة . وقد تكون هذه العمليات محاولة لاشباع الرغبات التي لا يسمح بها في الواقع) . والتفكير المُشوّه والنشاط الحركي المضطرب، وهذه الأعراض تأخذ أشكالا عديدة مثل الوضعية الشاذة والقلق (عدم الراحة) البالغ، والرفس، والصراخ المفاجئ ورفض الطعام، أو رفض التواصل مع الآخرين، والحمق Awkwardness وفقدان الرغبة في اللعب، أو أن يظل يلعب بلعبة واحدة لمدة طويلة وضرب الرأس وأنماط النوم غير المنتظم . ويعزى هذا الإضطراب في نظر بعض العلماء والباحثين إلى إضطراب علاقة الطفل بالأم . وعند آخرين إلى الخبرات ذات الصبغة العالية جدا من التهديد والتخويف التي حدثت في وقت مبكر في حياة الطفل، كما يرى فريق ثالث أن الاضطراب يعود إلى عيب تكويني خاصة في المخ، ومن الواضح الآن أن فصام الطفولة ليس إضطرابا واحدا أو مفردا، بل إنه مجموعة من الإضطرابات ذات الأسباب المختلفة (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٨٩، الجزء الثالث، ص ٥٨٩) .

الإنسحاب لدى الفصاميين . ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كاسم للدلالة على اضطراب الذاتوية " اعاقة التوحد " بأكمله .

وعلى الرغم من أن " كانر" قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات - في عقد الأربعينيات - فإن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح " الأوتيزم " أو " التوحد " أو " الإجترار " في اللغة العربية، لم يتم إلا في عقد الستينيات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي، وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM2)، ولم يتم الإعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا في عام ١٩٨٠ حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة DSM3)R)، والتي فرقت بوضوح بين الفصام والذاتوية " اعاقة التوحد "، حيث أكدت أن الذاتوية " اعاقة التوحد " ليست مجرد حالة مبكرة من الفصام . وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء والانكفاء على الذات، والإنعزالية، ولكن الواقع أن الإختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينهما ... ذلك أن حالات الذاتوية " اعاقة التوحد " تخلو تماماً من أعراض الهلوسة[١] أو الضلالات[٢] . كما

---

[١] أخاييل، هلوسة Hallucination

إدراك خاطئ، ففي الأخاييل تحدث الرؤية أو السمع أو التذوق أو الشم أو اللمس او الشعور بشيئ ما غير موجود حقيقة . وكل هذه الأنماط موجودة في الفصام البارانوي، وتوجد أنماط نوعية أو معينة منها في الأمراض المعدية أو في التسمم الباربتيوريتي أو الكحولي أو التسمم المعدني، والاستجابات مولدة الأخاييل، وذهان الشيخوخة والصرع، واضطراب ورم المخ، ومرض بيك، ومرض الزهري، وسوء استخدام الكوكايين، والأذهنة التي يصاحبها تصلب الشرايين المخية . وتحدث الأخاييل كصور بصرية أو سمعية - ويمكن أن تنتج هذه الظاهرة تجريبياً بالإثارة الكهربية لأيٍّ من قرن آمون Hippocampus في الدماغ أو اللوزة Amygdala أو اللحاء الصدغي Temporal Cartex أو لأى منطقة أخرى في المخ (جابر عبد الحميد، وعلاء كفافي، ١٩٩١، الجزء الرابع، ص ١٤٧٦) .

[٢] الهذاءات، الضلالات Delusion

معتقد أو نظام من المعتقدات خاطئ أو زائف يرجع إلى مصادر لا شعورية، ويبقى على الرغم من عدم المعقولية، والشواهد التي تدل على عكسه . وقد تكون الهذاءات عارضة زائلة أو ناقصة جزئية، كما في الهتر (التخريف) Delirium . وقد تكون ذات درجة عالية من التنظيم والقناعة الزائفة، كما في حالات البارانويا، ولو أن معظم الهذاءات تقع بين هذين الطرفين (لمزيد من التفاصيل المعجمية عن الهذاء، والخطل، والضلالة،

توجد فروق واضحة تتميز بها الذاتوية " اعاقة التوحد "، فهى أكثر حدوثاً فى الذكور عن الإناث، وبدء ظهور الأعراض فى الطفولة المبكرة، ومصاحبته لحالات الصرع أو التخلف العقلى، وهى أعراض لا نجدها بين من يعانون من الفصام، ومع أنه فى حالات الفصام الذى تلعب الوراثة دوراً كبيراً فيه، غالباً ما يتكرر ظهوره فى أفراد أخرى فى الأسرة؛ فإنه يبدو حتى الآن ــ على الأقل ــ أن الذاتوية " اعاقة التوحد " ليست لها علاقة مؤكدة بالوراثة، حيث أنها ظهرت فى أسر لم تكن قد ظهرت فيها حالات مشابهة من قبل .

لقد كان يعتقد أن فقدان التفاعل الإجتماعى Social Interaction والعزلة Isolation التى يظهرها الأطفال الذين يعانون من الذاتوية " اعاقة التوحد "، أنها دليل على العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل وأمه، وإلى الإتجاهات السلبية من الوالدين تجاهه . ولذلك فقد استخدمت مصطلحات وتسميات للدلالة على هذا الإضطراب مثل الإضطراب الانفعالى الشديد، النقص فى نمو الأنا، فصام الطفولة، وغيرها . وبناءً عليه ؛ فإن والدى الأطفال الإجتراريين كانوا يلامون ويوصمون سلبياً على اعتبار أنهم السبب الأول لإضطراب أبنائهم . ووصفت نتائج الدراسات فى هذا الصدد أمهات هؤلاء الأطفال بأن عواطفهن جامدة، وأنهن أمهات لا يغذين أطفالهن Non-Nurturing ، ووصف الأباء بأنهم متشددون وحازمون . وكنتيجة مترتبة على هذه النظرة، فإن البحوث قد توجهت لدراسة صفات وخصائص الأطفال الإجتراريين وذلك من أجل ربط مثل هذه الخصائص بوجود الأوتوسية (الذاتوية " اعاقة التوحد ") .

أما فى الوقت الحاضر، ونتيجة للدراسات الحديثة، والخبرات الكلينيكية، فإن الإفتراضات السابقة حول الذاتوية " اعاقة التوحد " أصبحت مشكوك فيها. فوجهة النظر القائلة بعزو الذاتوية " اعاقة التوحد " إلى خصائص الوالدين لم تعد مقبولة، ذلك أن التأكيد لم يعد على جعل الوالدين كأسباب الإضطراب وإنما أصبح التأكيد على أهمية الدور الذى تلعبه الجوانب المعرفية والإضطرابات النمائية لدى الأطفال الإجتراريين أنفسهم .

وقد أجريت دراسات عديدة أهتمت بفحص الجوانب العصبية والبيولوجية والبيئية وذلك فى محاولات لتحديد أسباب بعينها وراء الإصابة بالذاتوية

والهذاء الشاذ، وزملة كوتارد : يمكن الرجوع إلى جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٠، الجزء الثالث، ٨٩٤) .

" اعاقة التوحد " . وقد أسفرت نتائج هذه الدراسات عن الإخفاق في التعرف على سبب واحد يؤدى إلى الإصابة بهذا الإضطراب، ولكن يعتقد أن خللاً وظيفياً في الجهاز العصبي المركزي بسبب عدة عوامل لم تزل غير معروفة حتى الآن هي السبب في حدوث الذاتوية " اعاقة التوحد " . وعلى ذلك فإن اهتمام الباحثين الآن ينصب على وصف السلوكيات والأعراض المرتبطة بالإضطراب، لأنها السبيل المتاح الآن للتعرف على الأشخاص الذين يعانون منه، وفي ضوء ذلك أصبح ينظر إلى الذاتوية " اعاقة التوحد " على أنها اضطراب يبدو دائماً في شكل زملة من الأعراض[1] .

ومما تجدر الإشارة إليه ـ في هذه المقدمة ـ أن العاملين في مجال التربية الخاصة وكذلك أسر الأطفال الإجتراريين، أصبحوا الآن قلقون ومهتمون بنوع الخدمات التي يتعين تقديمها لهؤلاء الأطفال ولأسرهم . ذلك أن هناك الكثير من الإنجازات التي حققت في الولايات المتحدة وأوربا فيما يتعلق بالقوانين والأنظمة التي تنادي بتقديم خدمات تربوية لهؤلاء الأطفال، ولم يعد ينظر إلى هذه الفئة من الأطفال على أنهم غير قابلين للتعلم، أو أنهم يحتاجون فقط إلى مؤسسات داخلية .

وفي عام ١٩٧٥ عندما روجع تعريف الولايات المتحدة عن الإعاقات النمائية، فإن الذاتوية " اعاقة التوحد " ضمت إلى تلك الإعاقات . وفي عام ١٩٨٠ عندما روجع النظام الفيدرالي مرة أخرى، فإن الذاتوية " اعاقة التوحد " أخرجت من تصنيف الإضطرابات الانفعالية الشديدة . وقد حدث هذا التغير بسبب الخلط القديم بين الأوتوسية (الذاتوية " اعاقة التوحد ") وعلاقتها بالأمراض العقلية . كما أن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (D S M) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (A P A) قد عرّف الذاتوية " اعاقة التوحد " على أنها إضطراب نمائي وليس انفعالي (APA, 1987) وسوف نعرض للتعريف الذي قدمه الدليل في ختام عرضنا لتعريفات هذا الإضطراب .

---

[1] زملة Syndrome هي مجموعة من الأعراض والعلامات والتي تؤلف معاً مرضاً يمكن ملاحظته وتحديده جسمياً كان أم عقلياً . وكثيراً ما يُستخدم اللفظ مرادفاً للمرض، وقد يطلق عليها اسم آخر هو : مركب أعراض . (جابر وكفافي، ١٩٩٥، جـ ٧، ٣٨٤٣) .

التطور التاريخي لدراسة الذاتوية :

كما يمكن الإشارة إلى تاريخ اضطراب الذاتوية من زاوية المراحل التي مرت بها الدراسات التي تناولته منذ أن أماط " كانر" اللثام عن أعراضه في الأربعينيات من هذا القرن وذلك على النحو التالي :

المرحلة الأولي : يمكن أن يطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولي، وهي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينيات من هذا القرن، وكان الهدف الذي تسعى إلى الوصول إليه هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال الذاتويين، وأثر هذا الاضطراب على السلوك بصفةٍ عامة؛ حيث اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوى " ذهان الطفولة المبكرة " حيث كانت تشخص الذاتوية على أنها إحدى ذهانات الطفولة، بالإضافة إلى الأنماط الأخرى من اضطرابات الطفولة . وقد أسفر تحليل نتائج هذه الدراسات التي اشتملت على الكثير من المعلومات إلى الكشف عن كثير من خصائص الذاتوية . غير أنه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد أدى إلى الحصول على القليل من الاستنتاجات والاستخلاصات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل .

ويمكن أن نذكر بعض الأسماء التي ساهمت في هذه المرحلة الباكرة بجهودها سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير مثل " ليون ايزنبرج " Eisenber Leon (١٩٥٦)؛ " ليو كانر" Kanner, Leo (١٩٥٣)؛ " هانز اسبرجر " Asperger Hans (١٩٥٣) .

المرحلة الثانية وكانت امتداداً واستمراراً للمرحلة الأولى، وفي هذا يقرر أحد الباحثين هو " فيكتور لوتر" Victor Lotter (١٩٧٨) أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة، وكانت منذ أواخر الخمسينيات إلى أواخر السبعينيات لا تزال في طور التقارير المبدئية للآثار الناجمة عن " الذاتوية "، كما أنها لا تزال تركز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال الذاتويين نتيجة للتدريب، ولذا يمكن وصف هذه الدراسات بأنها دراسات " قصصية " بشكل كبير ، كما أنها غير منتظمة ولا تعطي صورة واضحة يمكن الاستفادة منها بشكل عملي إلا أن هناك عبارة يجب أن تضاف ـــ في

شان هذه المرحلة ـ وهى أن دراسات هذه المرحلة الثانية تعد أدق من مثيلتها فى المرحلة الأولى .

ومن بين الأسماء التى شاركت فى دراسات هذه المرحلة " مايكل روتر" Michael Rutter (١٩٦٠)؛ " ميتلر وآخرون " Mittler (١٩٦٦)؛ ودراسات هذه المرحلة بشكل عام يمكن أن نستخلص منها ثلاث ملاحظات أساسية ساعدت بشكل جوهرى على التكهن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالات الذاتوية، وإعطاء مؤشرات لاحتمالات التطور المتوقعة للوضع العام للأطفال الذاتويين، وهذه الملاحظات الثلاث هى :

(أ) التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة فى سن الخامسة، حيث أن الاستخدام الجيد أو الواضح للغة لدى الأطفال يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات الذاتوية (ايزنبرج، ١٩٥٦) .

(ب) النظر إلى مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد أهم العوامل التى يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه، حيث أن الأطفال الذاتويين غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء أو الذين كانت درجاتهم منخفضة على مقاييس الذكاء (ممن تتراوح نسب ذكائهم بين ٥٥ ـــ ٦٠) كان معظمهم يستمرون فى الاعتماد على الآخرين بشدة .

(جـ) القابلية للتعلم[1] Educability ومحاولات التدرُّب من أجل التعلم تعد هى الأخرى من المؤشرات المهمة فى تشخيص حالات الذاتوية .

المرحلة الثالثة ويشار إليها فى أدبيات البحث النفسى فى مجال الذاتوية بأنها شهدت تياراً ثابتاً من التقارير المتتابعة والكثيرة فى مجال دراسات موضوع " الذاتوية "، إلا أن أغلب هذه البحوث والدراسات قد ركز على أكثر الأفراد الذاتويين من ذوى الأداء العالى أو ذوى المستويات العالية فى القدرات العقلية وتجدر الإشارة إلى أن هذه الفترة استغرقت عقد الثمانينيات وبداية التسعينيات .

ومن الأسماء التى برزت فى هذه المرحلة على سبيل المثال ـ لا الحصر ـ " شينج ، ولى " Chung & Lee (١٩٩٠)؛ " جليبرج ، ستيفن برج " Gillberg and Steffenberg (١٩٨٧)؛ " كوباياشى وآخرون " Kobayashi et al (١٩٩٢)، والمتتبع لنتائج تلك الدراسات يمكن أن يلاحظ أنها ما زالت

---

[1] القابلية للتعلم : Educability هى الإمكانية أو الاستعداد للتعلم الأكاديمى . كما أنها تعنى قدرة الفرد على التعلم من خلال الخبرة، وقدرته على استخدام التعلم للتوافق والتكيف مع بيئته . (المؤلف) .

وصفية وغير دقيقة إلى حدٍ ما، وذلك لاهتمامها ببعض السلوكيات المحدودة، وبعض الإتجاهات المحدودة في جمع المعلومات مثل تقارير الآباء عن مدى كفاءة أبنائهم في القيام بأدوارهم والتي من الممكن أن تكون غير دقيقة ولا تعكس موقفهم الحقيقي، بل ويمكن أن نضيف أن أساليب تشخيص حالات الذاتوية في المراحل الباكرة لاكتشاف زملة أعراضها، لم تكن مرضية دائماً؛ في حين أن التأكيد المستمر على الأساليب الحديثة أو المستحدثة في التشخيص كان هو المطلوب دائماً .

ويمكن أن نشير في سياق هذه المرحلة ـ والتي يمكن القول عنها أنها لا تزال مستمرة حتى الآن ـ أن الدراسات خاصة في الفترات المؤخرة قد ركزت على وجه الخصوص على ما يلي :

١ـ أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال الذاتويين، خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة (على وجه التحديد في سن ٥ أو ٦ سنوات) حيث أن تطور اللغة في هذه المرحلة العمرية يعد أحد العوامل المهمة في نمو وارتقاء بعض المهارات والقدرات لدى الأطفال في المراحل اللاحقة من العمر .

٢ـ أن مجرد تمتع الأطفال الذاتويين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية واللغوية الجيدة نسبياً لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالة هؤلاء بشكل جيد؛ بدون التدخل المتخصص من أجل التدريب في بعض مجالات معينة مثل العمليات الحسابية أو الموسيقى أو الكمبيوتر على سبيل المثال، والتي تتيح الفرصة أمام هؤلاء الأفراد لإيجاد المجال الملائم لهم في الحياة والذي يمكنهم من الإندماج مع المجتمع ويساعدهم على التوافق الاجتماعي بشكل أفضل .

٣ـ أن المعلومات المتضمنة في تقارير الدراسات اللاحقة أكثر تنظيماً وموضوعية من الدراسة السابقة لها، وعلى ذلك فقد توصلت هذه الدراسات اللاحقة إلى نتائج على درجة من الأهمية لم تتطرق إليها الدراسات السابقة .

٤ـ أن عدداً من الدراسات اللاحقة قد ركزت على الأطفال الذاتويين ذوي القدرات العقلية ذات المستوى المرتفع (نسبيا)، وبالتالي كان من المتوقع أن تكون نتائج هذه الدراسات أكثر إيجابية لو قارناها بنتائج الدراسات السابقة.

هـ- أن وسائل التشخيص ومن ثم نتائج التقييم التي كانت مستخدمة في الدراسات الباكرة تختلف بعض الشيئ عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة، ومن ثم فإن تقييم أي تطور في أداء عينات الدراسة سوف تختلف نتيجته النهائية وكذلك النتائج المترتبة عليه وفقاً لاختلاف الأدوات المستخدمة، وأماكن الدراسات، والخلفية الثقافية، والاجتماعية لأفراد عينة كل دراسة على حدة . (محمد على كامل، ١٩٩٨ : ٣٠) .

- أهمية دراسة الذاتوية :

أما عن أهمية تناول هذا الاضطراب بالدراسة سعياً وراء الفهم، فإن أهمية دراسة الذاتوية " اعاقة التوحد " تأتي من أنها تلقي الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الطفل وهي الفترة التي يتمركز فيها الطفل حول ذاته[١]، مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة، بينما الطفل المضطرب (الذاتوى) يثبت عندها[٢] . كما أننا نستطيع أن نرى النكوص إلى

---

(١) التمركز حول الذات : Egocentrism

ويعني عدم قدرة الطفل على فهم الأشياء من أي وجهة نظر أخرى غير وجهة نظره هو، ويكون الطفل مندهشا لأنه لا يستطيع أن يفهم كيف يفكر الآخرون بطريقة أخرى غير الطريقة التي يفكر بها هو . هذا التمركز حول الذات يجعل الطفل يعتقد أن لدى الآخرين نفس الأفكار والمشاعر التي لديه هو نفسه . كما أنه يعتقد أن الأشياء موجودة لتسليته هو . ولا يكون الطفل مشغولاً بنفسه فقط، بل نجده يركز في نفسه وفي خبرته كل شيئ، كما ينظر من خلال ذاته في تعامله مع الآخرين، ولا يستطيع أن يمثل وجهة نظرهم أو يضع نفسه مكانهم . ويضفي الطفل على الأشياء مشاعره ورغباته الخاصة، ويتصور أن أفكاره يمكن أن تغير الأشياء، وأن أفكاره وأفعاله شيئ واحد لا فرق بينهما، ونتيجة لأنه لا يرى الموقف من وجهة نظر الآخرين فهو لا يدرك كيف تؤثر أفعاله على مشاعر الآخرين . ومن هذا المنطلق إذا سألت الطفل مثلاً عن يده اليمنى وعن اليسرى فإنه سيجيبك إجابة صحيحة تماماً، ولكن إذا سألته وأنت تقف في مواجهته عن يدك أنت اليمنى أو اليسرى، فإنه سيعطيك إجابة خاطئة في المرتين لأنه لن يستطيع أن يضع نفسه مكانك أي لا يخرج عن منظوره هو الخاص (عادل عبد الله، ١٩٩١: ٦٩ - ٧٠) .

(٢) التثبيت : Fixation

في التحليل النفسي يدل التثبيت على تشبث طاقة الحب لدى الطفل بشخص أو موضوع أو مرحلة من مراحل النمو النفسي - الجنسي - مما يقلل فيما بعد مقدار طاقة الحب المهيئة للتوافق مع الواقع ويساعد على حدوث نكوص (رجوع - ارتداد) إلى إحدى النقط التي ثبتت عليها طاقة الحب إذا ما اعترض طريق الاشباع الحالي عقبات عجز الفرد عن تذليلها . وبهذا المعنى يكون التثبيت أساساً لتعرض الفرد فيما بعد - للإصابة بالمرض النفسي أو العقلي . ويختلف نوع المرض باختلاف المرحلة التي توقف

هذه المرحلة (مرحلة التمركز حول الذات) يحدث في مرضى الفصام مع الفرق أن مريض الفصام قد تخطى جزئياً مرحلة الذاتوية " اعاقة التوحد " (الأوتيسية) واستطاع تكوين بعض العلاقات مع الواقع، ثم عاد إلى النكوص إلى تلك المرحلة (مرحلة التمركز حول الذات)، آخذاً معه بعض خصائص المراحل المتقدمة .

كما يجب أن نأخذ في الإعتبار العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية والبيئية، فالطفل الذي يولد بميول إجترارية قد يستفز أمه لتعامله بالتالي معاملة خاصة ومميزة عن باقي إخوته مما قد ينمي فيه ظواهر المرض .

كما تأتي أهمية دراسة الذاتوية " اعاقة التوحد " من ناحية أخرى من الخطورة المترتبة على مضاعفات الإصابة بها . وهناك من يرى أن أشد المضاعفات هي حدوث نوبات صرعيَّة، وأن الذين تحدث لهم النوبات الصرعيَّة غالباً ما تقل نسبة ذكائهم عن ٥٠ (خمسين) . وأنه قد لوحظ أن ٢٥٪ أو أكثر من حالات اضطراب الذاتوية " اعاقة التوحد " يولد لديهم تاريخ لنوبة صرعيَّة أو أكثر . كما أن المضاعفات أيضاً حدوث الاكتئاب في بداية المراهقة أو الحياة الراشدة كاستجابة للوعي الجزئي بالإعاقة الناتجة عن اضطراب الذاتوية " اعاقة التوحد " .. وفي حالة التعرض لضاغط نفسي أو اجتماعي يظهر المريض أعراضاً كتاتونية (تصلبية)، خاصة التهيج Excitment أو أخذ وضع ثابت[1] Posturing، أو يظهر حالة ذهانية غير نوعية مع ضلالات وهلاوس، ولكنها جميعا تزول بزوال الضاغط (محمود حمودة، ١٩٩١ : ١٠٢) .

عندها النمو النفسي – الجنسي، أي باختلاف نقط تثبيت طاقة الحب . (سيجموند فرويد (١٩٨٠) : الموجز في التحليل النفسي، ترجمة سامي محمود علي، عبد السلام القفاش، القاهرة ، دار المعارف، ص ٩٠) .

[1] الوضع الثابت ، الاستيضاع Posturing

هو الحفاظ على وضع جسمي أو إتجاه شاذ غريب لفترة طويلة من الزمن ويشيع ملاحظة هذا الوضع عند المرضى ذوي الأعراض الكتاتونية التصلبية (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩٣، الجزء السادس، ٢٨٩٧) .

نحو تعريف لمفهوم الذاتوية :

نظراً لقلة الكتابات التى تناولت هذا النوع من الإضطرابات النمائية التى تحدث فى مرحلة الطفولة فإن البحث عن تعريف محدد له سيكون من الصعوبة بمكان كبير . وعلى أية حال فسوف يكون من المهم أن نعرض لبعض التعريفات ـ سواء عربية كانت أو أجنبية ـ وفى خطوة تالية نسجل بعض الملاحظات على ما تم عرضه من تعريفات فى حدود ما يوجد بين أيدينا منها . وذلك على النحو التالى :

يطلق أحمد عكاشة (١٩٦٩ : ٦٤٢) على الذاتوية " اعاقة التوحد " إسم الذاتوية الطفولية Childhood Autism . ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائى المنتشر يدل على وجوده :

(١) نمو أو ارتقاء غير طبيعى و/أو مختل يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات .

(٢) نوع مميز من الأداء غير الطبيعى فى المجالات النفسية الثلاثة الآتية :

أ ـ التفاعل الاجتماعى .

ب ـ التواصل والسلوك المحدود المتكرر .

جـ ـ بالإضافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة مثل : الرهاب (المخاوف المرضية)، واضطرابات النوم والأكل، ونوبات هياج، والعدوان الموجه نحو الذات .

ويرى " عكاشة " أن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال يتراوح بين ٤ ـ ٥ (أربعة إلى خمسة) أطفال بين كل عشرة آلاف طفل .

ويطلق عبد المنعم الحفنى (١٩٧٨: ٨٠ ـ ٨١) على الذاتوية " اعاقة التوحد " مصطلح الانشغال بالذات ويقرر أنه مصطلح أدخله " بلولر " ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام، والإنشغال بالذات أكثر من الإنشغال بالعالم الخارجى . والإنشغال بالذات ـ من وجهة نظره ـ هو حركة العملية المعرفية فى اتجاه إشباع الحاجة، فيفكر الجائع فى الطعام، والمسافر فى الماء، ويتخيل أنه يرى نبعاً عن بعد، ويستعيد العجوز أيام الصبا ويجترها، وتدور أحلام يقظته حول إنتصارات بطولية .

أما الطفل الذاتى أو الأنانى Autistic Child فهو طفل منسحب بشكل متطرف، وقد يجلس الأطفال الذاتيون يلعبون لساعات فى أصابعهم أو بقصاصات ورق، وقد بدا عليهم الإنصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص بهم من صنع خيالاتهم .

وفى عام (١٩٧٨) اقترح كل من " رتفو وفريمان" Ritvo & Freeman تعريفاً للأشخاص الإجتراريين وقد أخذت الجمعية الوطنية للأشخاص الاجتراريين بهذا التعريف، وهو الآن الأكثر قبولاً لدى العاملين مع ذوى الحاجات الخاصة . ويتضمن هذا التعريف خصائص وصفات الشخص الإجترارى بأنه الذى يجب أن توجد الأعراض التالية لديه، وذلك قبل ثلاثين شهراً من العمر :

(١) اضطراب فى سرعة النمو أو مراحله .
(٢) اضطراب فى الإستجابة للمثيرات الحسية .
(٣) إضطراب فى الكلام واللغة والسعة المعرفية .
(٤) إضطراب فى التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات .

ويصنف محمد شعلان (١٩٧٩ : ١١٦) الذاتوية " اعاقة التوحد " ضمن الإضطرابات الذهانية التى تحدث فى مرحلة الطفولة، ويقتصر فى تناوله لأذهنة الطفولة الميكرة على نوعين يطلق على الأول وهو الذاتوية " اعاقة التوحد " تسمية الذهان الذاتوى Autistic Psychosis . ويرى " شعلان " أن من الممكن تسميته أيضاً بالذاتوية الطفلية المبكرة Early Infantile Autism ولا يضع " شعلان" تعريفاً لهذا الإضطراب، وإنما يركز فقط على الأعراض، وهو ما نتناوله تفصيلاً عن الحديث عن أعراض الذاتوية " اعاقة التوحد " (الأوتيسية) فى نقطة تالية من هذا الفصل .

ويذكر " سوين (١٩٧٩: ٧٥٣) أن المعالجين النفسيين والمشتغلين باختلالات الطفولة، ليس لديهم خطة تصنيف واحدة تبين أنها مقنعة لكل المختصين بالأمراض النفسية عند الأطفال . مثال ذلك أن مصطلحات " فصام الطفولة " و الذاتوية " اعاقة التوحد " " الطفلية " و " الطفل غير النمطى " قد استخدمت لفترة طويلة وعلى نطاق واسع على أساس أنها متساوية فى المعنى، وبحيث يمكن أن يحل أحدها محل الآخر . وتظل التعريفات مختلطة ـ بناءً على تداخل التصنيف ـ وبالتالى ـ فلا غرابة فى أن يُستخدم مصطلح

" الطفل غير النمطى " [1] Atypical Child ليشمل عددا من الإختلالات من بينها فصام الطفولة، ثم ينظر إلى الطفل الإجترارى على أنه نوع من فصام الطفولة كما يفعل " كانر " ، في حين يختلف معه باحثون آخرون (على سبيل المثال " ريملاند " Rimland , 1964 ، ونج Wing, 1967) فيعتبران الذاتوية " اعاقة التوحد " مختلفة عن فصام الطفولة، أو أن نجد أحد الباحثين يقترح أن نستخدم مصطلح " ذهان الطفولة " بدلاً من مصطلحات الذاتوية " اعاقة التوحد " و " الطفل غير النمطى " لنشير إلى مرض يختلف عن فصام الطفولة .. وهكذا ...

ويطلق فتحى عبد الرحيم (١٩٨٣ : ٢٨٦ ـ ٢٨٧) على الذاتوية " اعاقة التوحد " Autism لفظ التمركز الذاتى، ويعتبره ـ بالإضافة إلى سكيزوفرينيا الطفولة Childhood Schizophrenia من الاضطرابات السلوكية الحادة التى تصيب الأطفال فى فترات الطفولة المبكرة والمتوسطة . وذلك منذ أن ميّز " كانر " Kanner (١٩٤٣) التمركز الذاتى Autism كنوع مستقل من اضطرابات السلوك التى تحدث فى وقت مبكر من حياة الأطفال ـ بخلاف سكيزوفرينيا الطفولة التى تحدث أثناء الطفولة المتوسطة ـ ومنذ ذلك الحين والحوار يدور بين الأطباء النفسيين حول ما إذا كان التمركز الذاتى يعد حالة منفصلة عن ذهان الطفولة Childhood Psychosis أم لا .

ويطلق عادل الأشول (١٩٨٧: ١١٢) على الذاتوية " اعاقة التوحد " مصطلح الإنشغال بالذات أو الأنانية وهو يرى أنه :

(١) إضطراب إتصالى خطير، وسلوك يبدأ فى أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، وعادة ما يبدأ قبل ٣٠ شهراً وحتى ٤٢ شهراً من عمر الطفل (ما بين سن العامين والنصف إلى نحو ثلاثة أعوام ونصف تقريبا)، ويتصف الطفل (الإجترارى) بالكلام عديم المعنى، وينسحب داخل ذاته، وليس لديه إهتمام بالأفراد الآخرين، وهو طفل سريع التأثر والتعلق بالآخرين، وقد يكون المصاب لديه أحياناً ميولاً للحيوانات . وقد يطلق على الذاتوية

---

[1] الطفل النمطى (الطفل الشاذ) Atypical Child : طفل ينحرف إنحرافا ملحوظا عن المعيار فى بعض الخصائص الأساسية كالطفل الذى لديه تلف فى المخ، أو العاجز عن التعلم، أو المتأخر عقلياً، أو المرتفع فى الذكاء، أو المضطرب انفعاليا (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى، ١٩٨٨، جـ ١ ، ٢٩٨) .

" اعاقة التوحد " مصطلح الإنشغال الطفولي بالذات Infantile Autism أو عرض " كانر " Kanner`s Syndrome .

(٢) تمثل التخيلات مع إستبعاد الإهتمام بالواقع، وهو عرض من أعراض الفصام .

ويطلق جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٨٨: ٣١٥) على مصطلح الأوتيسية Autism كلمة الذاتوية " اعاقة التوحد " ويعنيان بها : إنسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار . وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات . وقد أعتقد ذات مرة أن الذاتوية " اعاقة التوحد " هي الخاصية الأولى للفصام، ولكنها تلاحظ الآن في إضطرابات أخرى مثل ذهان الشيخوخة، وفي زملة كانر Kanner`s Syndrome (إجترارية طفلية مبكرة) . وفي بعض حالات الإكتئاب . والشخص الإجتراري ذو شخصية مغلقة ، وهو ملتفت إلى داخله، ومنشغل إنشغالاً كاملاً بحاجاته ورغباته، التي يتم إشباعها كلية أو إلى حدٍ كبير في الخيال .

أما إذا كنا نتحدث عن الأطفال، فإنه يُقصَدْ بالطفل الذاتوي أو الإجتراري Autistic Child الطفل الذي فقد الإتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الإتصال قط، وهو منسحب تماماً ومنشغل إنشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقولبة، كبرم الأشياء أو لفها، والهزهزة . ومن خصائصه الأخرى لا مبالاته إزاء الوالدين والآخرين . وعجزه عن تحمل التغيير، وعيوب النطق أو الخرس . وتفسر هذه الحالة لدى البعض بأن لها أساساً عضوياً، ويفسرها آخرون باعتبارها شكلاً من أشكال الفصام (المرجع السابق، ص ص٣١٥ ـ ٣١٦) .

وفي إشارته للأعراض المصاحبة لاضطراب الذاتوية الذاتوية " اعاقة التوحد " لا يخرج محمود حمودة (١٩٩١ : ١٠٠) عما اتفق عليه كل ما تناولوا هذا الاضطراب، غير أنه يقرر في بداية حديثه أن من الملاحظ أن الطفل الاجتراري الأصغر سناً يكون أشد إصابة وأكثر إعاقة والأعراض المصاحبة أكثر، وإنها قد تشمل :

١ـ شذوذ فى نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام، وفى معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلى، غالبا متوسط الدرجة (معامل ذكاء ٤٩ ـ ٣٥) .
٢ـ شذوذ الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين، والقفز وحركات الوجه التكشيرية) والمشى على أطراف أصابع القدمين، والأوضاع الغريبة لليد والجسم، وضعف التحكم الحركى .
٣ـ الاستجابات الغريبة للإثارات الحسية مثل تجاهل بعض الإحساسات (مثل الألم أو الحرارة أو البرودة)، بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة (مثل قفل الأذنين تجنبا لسماع صوت معين، وتجنب أن يلمسه أحد)، وأحياناً يظهر إنبهارا ببعض الإحساسات (مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح) .
٤ـ شذوذات فى الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع قليلة، أوشرب السوائل بكثرة، والاستيقاظ المتكرر ليلا بهز الرأس وأرجحتها أو خبط الرأس) .
٥ـ شذوذات الوجدان مثل التقلب الوجدانى (أى الضحك أو البكاء دون سبب واضح)، والغياب الظاهرى للتفاعلات العاطفية، ونقص الخوف من مخاطر حقيقية، والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث، والقلق العام والتوتر .
٦ـ سلوك إيذاء النفس مثل خبط الرأس بعنف أو عض الأصابع أو اليد . وقد يصاحب هذه الأعراض ـ بالإضافة إلى ماسبق ـ اضطرابات نفسية أخرى مثل نوبات الاكتئاب العظمى فى المراهقة أو الحياة البالغة .

ويطلق الشخص والدماطى (١٩٩٢: ٥٢ ـ ٥٣) على الذاتوية " اعاقة التوحد " عدة معان منها :

إجترار الذات، استثارة الذات، الأوتيسية، ويقصدان به إضطراب شديد فى عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة (مابين ٣٠، ٤٢ شهراً من العمر) ويؤثر فى سلوكهم . حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال (النصف تقريبا) يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذى المعنى الواضح، كما يتصفون بالإنطواء على أنفسهم وعدم الإهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر . وقد ينصرف إهتمامهم أحيانا إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها . ويطلق على هذه الحالة أيضاً " فصام الطفولة " Infantile Autism أو زملة كانر Kanner`s Syndrome .

ويعرّف " بول موسن وجون كونجر وجيروم كاجان " (١٩٩٣ : ٥٢٥) الذاتوية " اعاقة التوحد " بأنها " اضطراب عقلى خطير يصيب صغار الأطفال ويتميز بالاستغراق فى الخيال إلى حد الإبتعاد عن الإهتمام بالواقع وإلى حد العجز عن استخدام اللغة فى التفاهم والتواصل الفكرى " .

ويرى عثمان لبيب فراج (١٩٩٤ : ٣) أن التوحد أو الذاتوية " اعاقة التوحد " Autism مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو، تتميز بقصور فى الإدراك وتأخر أو توقف النمو، ونزعة إنطوائية إنسحابية تعزل الطفل الذى يعانى منها عن الوسط المحيط بحيث يعيش مغلقا على نفسه، لا يكاد يحس بما حوله ومن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر .

وترى " كريستين مايلز" (١٩٩٤ : ١٨٥) أن التوحد Autism حالة غير عادية، لا يقيم الطفل فيها أى علاقة مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلا جداً. والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر، فهو لا ينطبق على الطفل الذى قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف فى الدماغ . ولا يمكن استخدامه فى الحالات التى يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف . ويمكن أن يصاب الأطفال من أى مستوى من الذكاء بـ " التوحد " مع الخيال، وقد يكونوا طبيعيين، أو أذكياء جداً ، أو متخلفين عقليا .

ويطلق رمضان القذافى (١٩٩٤: ١٥٩) على الذاتوية " اعاقة التوحد " كلمة : الفصام الذووى (ذاتى التركيب)، ويرى أن الكلمة الأجنبية Autism تعود إلى أصل كلمة إغريقية تعنى أوتوس Autos وهى " الذات " أو " النفس" وأنها حالة إضطراب عقلى يصيب الأطفال . ويرى أنه على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعى، إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعى، بالإضافة إلى تميزهم بالإضطراب السلوكى الإجتماعى، والانفعالى والذهنى . وكان الإتجاه فى السابق هو إعتبار هذه الحالة من حالات فصام الشخصية لدى الأطفال، ولكن اتضح خلو الأعراض من كثير من علامات الإضطراب الفصامى المعروفة مثل الخيالات والهذاءات، مما جعل العلماء يرون فيها حالة خاصة قائمة بذاتها . كما تم استبعاد فكرة التخلف الذهنى كذلك لتميز المصابين ببعض المهارات العادية التى لا توجب إعتبارهم من المتخلفين ذهنياً .

وتتميز هذه الحالة بشكل خاص بعدم القدرة على الإنتماء للآخرين حسياً أو لغوياً، واضطراب الإدراك مما يؤدى إلى عدم الفهم أو القدرة على الإتصال أو التعلم أو المشاركة فى النشاطات الإجتماعية .

ويطلق عمر خليل (١٩٩٤: ٦٣) على مصطلح الذاتوية " اعاقة التوحد " مصطلح التوحدية (الأوتيسية) ولا يضع تعريفاً له وإنما يسرد عدة تعريفات تدور كلها حول المعانى الآتية :

(أ) اضطراب واضح فى الإرتقاء الإجتماعى واللغوى مصحوب بأنماط سلوكية نمطية Stereotyped Behaviour [1] .
(ب) زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة .
(جـ) التأكيد على حقيقة أن التوحدية غالباً ما تتسم بشذوذ فى التفاعل الإجتماعى والإتصال .
(د) أن نسبة حدوث هذا الإضطراب ما بين ٢ إلى ٤ كل عشرة آلاف طفل .

ويطلق يوسف القريوتى وآخرون (١٩٩٥: ٣٦٦) على مصطلح الذاتوية " اعاقة التوحد " لفظة : " التوحد " ويرون أن هناك الكثير من التعريفات التى أقترحت لتعريف متلازمة التوحد ولكن تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين National Society for Autistic Children (NSAC) عام ١٩٧٨ هو ـ من وجهة نظرهم ـ الأكثر قبولاً بين العاملين فى مجال التربية الخاصة ويشير هذا التعريف إلى أن التوحد إضطراب أو متلازمة يعرف سلوكياً، وأن المظاهر المرضية الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، والذى يتضمن الإضطرابات التالية :

(أ) إضطراب فى سرعة أو تتابع النمو .
(ب) إضطراب فى الإستجابات الحسية للمثيرات .
(جـ) إضطراب فى الكلام واللغة والسعة المعرفية .
(د) إضطراب فى التعلق أو الإنتماء للناس والأحداث والموضوعات .

---

[1] السلوك النمطى أو السلوك المنمط أو المقولب : هو سلوك جامد غير مرن يتم بغض النظر عن التغيرات فى السياق والنتائج التى ينبغى أن تؤدى إلى تعديلات فى كيفية تصرف الفرد . أى أنه سلوك يتبع نمطاً واحداً متكرراً (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٥، الجزء السابع، ص ٣٧٢٦) .

ويرى اسماعيل بدر (١٩٩٧: ٧٣١) أن التوحد ـ كما يفضل هو تسميته بهذا الإسم ـ هو إضطراب إنفعالى من العلاقات الإجتماعية مع الآخرين، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الإنفعالية وخاصة فى التعبير عنها بالوجه أو باللغة، ويؤثر ذلك فى العلاقات الإجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية .

ويتبنى عبد المنان معمور (١٩٩٧: ٤٤٠) التعريف الذى قدمته " ماريكا " Marica, 1990 ، للأوتيزم ـ كما يفضل هو تسميته بهذا الإسم ـ من أنه مصطلح يشير إلى الإنغلاق على النفس، والإستغراق فى التفكير، وضعف القدرة على الإنتباه وضعف القدرة على التواصل، وإقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النشاط الحركى المفرط [1] .

---

(1) فرط الحركة أو النشاط الحركى المفرط Hyperkinesis مصطلح يعادل فرط النشاط أو النشاط الزائد Hyperactivity عند بعض الباحثين . (انظر : جابر وكفافى، ١٩٩١، جـ ٤ : ١٦٠٢) والحركة الجسمية الزائدة عند الشخص والدماطى (١٩٩٢ : ٢٢٢) هى حالة تتميز بالنشاط الحركى المفرط، وبالغفلة وقلة الانتباه، والاندفاع والتهور، ويُستخدم هذا المصطلح فى المجال الطبى للإشارة إلى المرضى ذوى النشاط الزائد، والذين يسهل تشتت انتباههم والتهاؤهم .

الفصل الثـانـي

اضطراب الذاتوية : البـدايات والتشخيص

- الذاتوية : بداية الظهور والمسـار

- الذاتوية : الصورة الكلينيكية والتشخيص



الفصل الثاني : اضطراب الذاتوية : البدايات والتشخيص

- الذاتوية "اعاقة التوحد" : بداية الظهور والمسار :

يحدث هذا الإضطراب بنسبة تبلغ ١: ٢٥٠٠ (واحد إلى ألفين وخمسمائة) من بين الأطفال، وقد يظهر بشكل تدريجي، كما قد يظهر بشكل فجائي بين عمر سنتين وثلاث سنوات بعد أن يكون الطفل قد نمى في سنواته الأولى نموا طبيعياً .

وبالرغم من أنه قد تمت السيطرة على بعض الأمراض والإضطرابات الأخرى، نتيجة تقدم التقنيات الطبية واستحداث الأمصال والعقاقير المضادة في وقتنا الحاضر، لدرجة حالت بين شلل الأطفال والحمى الروماتيزمية والدفتريا وبين منع الأطفال من الحركة أو الإضرار بقلوبهم أو خنقهم كما كان يحدث في الماضي، إلا أن الذاتوية " اعاقة التوحد " لم تجد العلاج الكافي الذي يوقف من غزوها لعقول أطفالنا (رمضان القذافي، ١٩٩٤: ١٦٠) .

ويشير أحمد عكاشة (١٩٦٩ : ٦٤٢ ــ ٦٤٣) فيما يتعلق بالمؤشرات التشخيصية للإجترارية أنه عادة لا تكون هناك مرحلة سابقة أكيدة من الإرتقاء الطبيعي، ولكنها إن وُجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات وأن هناك دائما إختلالات كيفية في التفاعل الإجتماعي المتبادل . وتأخذ هذه الإختلالات شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية، كما يتضح ذلك في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين و/أو عدم تعديل السلوك طبقا للإطار الاجتماعي، مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية، وتكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية، وخاصة فقدان التبادل الإجتماعي والعاطفي . كذلك تنتشر الإختلالات الكيفية في التواصل، وقد تأخذ هذه الاختلالات شكل عدم الاستخدام الإجتماعي لأى مهارات لغوية قد تكون موجودة، وخلل في ألعاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي، وفقدان نسبي للقدرة على الإبتكار والخيال في عمليات التفكير، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من الإيقاع والتأكيد في إيقاع التواصل، وكذلك عدم استخدام للإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي .

كذلك تتميز الحالة بأنماط محدودة ومتكررة ونمطية فى السلوك والإهتمامات والنشاطات، وقد تأخذ شكل الميل نحو فرض قدر من التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي، وينطبق هذا عادة على النشاطات الجديدة، كما ينطبق على العادات المألوفة وأنماط اللعب . وفى الطفولة المبكرة على وجه الخصوص قد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية، وإن كانت تتميز بافتقادها للمرونة، وقد يصر الأطفال الذاتويين على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدى وظيفة بعينها، وهذه قد تكون إنشغالات نمطية ببعض الإهتمامات مثل التواريخ أو الطرق أو الجداول الزمنية، وكثيراً ما تكون هناك أنماط حركية، أو اهتمام خاص بعناصر وظيفية فى الأشياء (مثل رائحتها أو ملمسها)، كما قد توجد مقاومة لأى تغيرات فى روتين أو تفصيلات البيئة الشخصية (مثل تحريك التحف والأثاثات من مكانها فى بيئة الأسرة) .

وبالإضافة إلى ذلك؛ فإن الأطفال الذاتويين كثيراً ما يظهرون نطاقاً من المشكلات الأخرى غير المعينة مثل الفزع والخوف، واضطرابات النوم والأكل، ونوبات المزاج العصبي، والعدوان وإيذاء النفس (مثل عض الرسغ)، خاصة إذا كان هناك حالة من التخلف العقلى الشديد .

كما أن أغلب الأطفال المصابين بالذاتوية يفتقدون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الإبتكار فى شغل أوقات فراغهم، ويجدون صعوبة فى تطبيق المفاهيم النظرية، وفى اتخاذ القرار فى العمل (حتى إذا كانت المهام تقع فى إطار امكاناتهم) .

كما أن المظاهر المحددة للعيوب التى تميز الذاتوية تتبدل عندما ينمو الأطفال، ولكن العيوب نفسها تستمر حتى أثناء الحياة الراشدة على شكل نمط شبيه فى المشكلات الخاصة بالتوافق الاجتماعى، والتواصل، وأنماط الاهتمامات، ويجب أن تكون العيوب الإرتقائية موجودة فى الثلاث سنوات الأولى من الحياة لكى نستطيع أن نستخدم التشخيص . كما أن زملة الأعراض الذاتوية يمكن أن تحدث فى كل المجموعات العمرية . وقد تصاحب الذاتوية كل مستويات نسبة الذكاء، ولكن فى ثلاثة أرباع الحالات توجد درجة دالة من التخلف العقلى .

- الذاتوية "اعاقة التوحد" : الصورة الكلينيكية والتشخيص :

لا يزال تشخيص الذاتوية " اعاقة التوحد " من أكبر المشكلات التى تواجه الباحثين والعاملين فى مجال مشكلات الطفولة . وربما يرجع السبب فى ذلك إلى أن خصائص أو صفات الإضطراب غالباً ما تتشابه وتتداخل مع إضطرابات أخرى ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة، حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة، وبالتالى تمييز الأشخاص الإجتراريين عن غيرهم من الأفراد المصابين باضطرابات أخرى .

ويتفق محمود حمودة (١٩٩١ : ١٠١) مع العديد من الباحثين (على سبيل المثال : القذافى، ١٩٩٤؛ الشخص والدماطى، ١٩٩٢؛ الأشول، ١٩٨٧) فى أن اضطراب الذاتوية " اعاقة التوحد " يبدأ قبل الثالثة من العمر فى الغالبية العظمى من الحالات، وقليلاً ما يبدأ بعد ذلك فى الخامسة أو السادسة من العمر، وغالباً ما يصعب تحديد السن الذى بدأ عنده الاضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذين يعنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الإجتماعى، فالظاهر فى مرحلة الرضاعة (العامين الأولين من العمر) أنه يصعب رصد مظاهر الاضطراب فيها؛ ففى الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف من الغرباء، ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الإبتسامة الاجتماعية التى تبدأ عادة فى سن شهرين، وغياب ابتسامة التعرف التى تظهر عادة فى سن أربعة شهور؛ فتشكو الأم من أن الطفل لا يعرفها، ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه، أى لا يأتى حركات توقعية Anticipatory Movement التى يأتيها الطفل العادى السوى فى سن أربعة شهور تقريباً؛ وقد لا يلاحظ الآباء الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين (مثل دخول المدرسة)، وقد يعتبرون هذه هى البداية، إلا أن التاريخ التطورى المفصل والدقيق سوف يكشف غالباً بداية مبكرة عن ذلك . وقد يرجع الوالدان التغير إلى حدث معين، مثل ولادة طفل أصغر، أو إصابته بمرض شديد أو حادثة أو صدمة عاطفية .

وتظل مظاهر الإضطراب فى أغلب الحالات طيلة حياة الشخص، وبعض الأطفال يتحسن تواصلهم وتفاعلهم الاجتماعى ومهاراتهم اللغوية عند سن الخامسة إلى سن السادسة، ويمكن أن يُحدث البلوغ تغيراً فى أىٍّ من الاتجاهين : التحسن والتدهور، وقد يتفاقم العدوان والعناد، أو أى سلوك

مضطرب آخر، ويظل لعدة سنوات . ونسبة قليلة من هؤلاء الأطفال تصبح قادرة فعلا على توجيه حياتها بشكل مستقل بأقل قدر من علامات الإضطراب، ولكن الاختلال الاجتماعي والحمق قد يظل لدى النسبة العظمى الذين يظلون معاقين . وهناك عوامل تنبئ بمصير اضطراب الذاتوية " اعاقة التوحد " على المدى الطويل هى معامل الذكاء ونمو المهارات الاجتماعية واللغوية .

ويرجع عثمان لبيب فرّاج (١٩٩٤ : ٢ ـ ٣) صعوبة تشخيص اضطراب الذاتوية " اعاقة التوحد " إلى ثلاث عوامل :

أولها : أن تقصى أعراض التوحد ـ كما يطلق هو عليه ـ تشترك أو تتشابه مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلى، ومع الإعاقات الإنفعالية (العاطفية)، بل ومع حالات الفصام Schizophrenia ، ولدرجة أن كثير من علماء النفس يعتبرونها حالة فصام مبكرة يبدأ ظهورها فى مرحلة الطفولة .

والعامل الثانى هو أن البحوث التى تجرى على الإجترارية بحوث حديثة نسبياً ذلك أن معرفتنا بها بدأت بدرجة محدودة فى الخمسينيات، وبدرجة أكثر تحديداً فى السبعينات .

وأما **العامل الثالث** المسؤول عن صعوبات التشخيص والتأهيل، فهو التخلف الشديد، أو ربما التوقف الملحوظ لنمو قدرات الإتصال بين الطفل الذى يعانى الذاتوية " اعاقة التوحد " والبيئة المحيطة كما أن عائقا أوقف الجهاز العصبى عن العمل، وبالتالى ما يترتب على ذلك من توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفى، ونمو القدرات العقلية، وفاعلية عملية التنشئة الاجتماعية .

ومن الطبيعى أن يترتب على كل هذا القصور فى نمو قدرات الطفل وتعذر التفاعل والإتصال بين الطفل والبيئة المحيطة تعذر أو ربما ـ فى الحالات الشديدة ـ استحالة نجاح برامج التأهيل الاجتماعى . وربما يضاف إلى هذه الصعوبات تعدد الأعراض التى تتبلور بدءاً من الطفولة المبكرة، فتبدأ فى الظهور ربما فى الشهور أو فى الأسابيع الأولى من حياة الطفل وتزداد هذه الأعراض عدداً وتنوعاً سواء بالنسبة للنمو الإدراكى السمعى أو

البصرى، والنمو اللغوى والحركى والمعرفى بل وبالنسبة للسلوك والتفاعل مع المجتمع وغير ذلك من قدرات ووظائف جسمية وعقلية .

وتحت مسمى اجترارية الرُضّعْ ، يصف " سوين " (١٩٧٩: ٧٥٤ ـ ٧٥٥) الأطفال المصابين بها بأنهم يكونون على درجة غير عادية من حسن الصحة والجاذبية، وانهم ينحدرون عن آباء أذكياء، وعلى درجة عالية من التعلم . فإذا وصل الرضيع إلى الشهر الرابع تراه قد يظهر التبلد، وعدم الاكتراث بالناس، كما قد نجده من بعد ذلك يجلس وحيداً، وقد بدا على عينيه الإشتغال ببعض الأمور . ثم أن هناك أعراض أخرى من بينها التأرجح أو ضرب الحائط بالرأس، والإصرار على أن تظل البيئة بدون تغير، أو النمو غير المتماثل بحيث تنمو بعض المهارات إلى حدٍ أكبر من الآخر . والطفل الإجترارى يبدى الإشتغال أوالإنشغال الشديد بالأشياء الميكانيكية، ويستجيب بعنف إن قوطع أو أزعجه أحد، وكثيرٌ من الآباء يتوهمون الصمم فى أمثال هؤلاء الأطفال بسبب قلة الإستجابية لديهم . والهلاوس لا وجود لها . كما أن الأطفال الإجتراريين إما أن تعوزهم الكلمات " أنا " أو " نعم " ، وإما أن يستخدموها في كلامهم ولكن بدرجة قليلة جداً .

وفيما يتعلق بقضية التشخيص فى الذاتوية " اعاقة التوحد " يرى القريوتى وآخرون (١٩٩٥: ٣٦٧) أن أية محاولة للتعرف وتشخيص الأفراد أو الأطفال الذين يعانون من الذاتوية " اعاقة التوحد " ، لابد أن ينطلق من جهود " كانر" ـ باعتباره أول من أشار إليها . ففى مقالته الأساسية عن الذاتوية " اعاقة التوحد " " الأوتوسية " (١٩٣٥)، أشار إلى خصائص (١١) طفلاً كانوا يعانون من زملة أعراض غير معروفة، وقد توصل " كانر" إلى هذه النتائج من خلال الملاحظة الدقيقة والمنظمة . ولقد كان الهدف من تلك الدراسة هو التعرف على الخصائص السلوكية للمفحوصين، وللتمييز بينها وبين الصفات التى يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية أخرى . وهذه الصفات تشمل : عدم القدرة على التعلق والانتماء Relate إلى الذات والآخرين، والمواقف، وذلك منذ الولادة، تأخر فى اكتساب الكلام، عدم استخدام الكلام من أجل التواصل، إعادة الكلام، رغبة شديدة فى المحافظة على الروتين، عكس صفة الملكية ، سلوك لعب نمطى، ضعف فى التخيل، ذاكرة جيدة ، ومظهر جسمانى طبيعى، وكانت معظم هذه الصفات قد ذكرت فى دراسات لاحقة عن الأطفال الذين يعانون من الذاتوية " اعاقة التوحد " .

ولقد أشار كل من " ريتفو وفريمان " (Ritvo & Freeman, 1987) إلى أن حوالى ٦٠ ٪ من الأشخاص الإجتراريين أداؤهم أقل من ٥٠ على اختبارات الذكاء . ومع أن " كانر" قد أعطى وصفاً كلينيكياً غنياً للأشخاص الاجتراريين إلا أن كل من " ريتفو وفريمان " أشارا إلى أن " كانر" لم يكن يحاول أن يطوّر نظاماً موضوعياً للتشخيص .

ومع بداية الستينيات، وتحديداً عام (١٩٦١)، قدّم " كريك وآخرون " Creak, M. et al تقريراً عن زملة أعراض الشيزوفرينيا لدى الأطفال Schizophrenic Syndrome in children ، وقد تضمن هذا التقرير قائمة من تسع نقاط ــ عرفت فيما بعد باسم نقاط كريك التسع Creak's Nine Points وذلك لكى تستخدم فى تشخيص الأطفال الفصاميين ــ ومن ثم الاجتراريين؛ ويمكن الإشارة إلى هذه النقاط على النحو التالى (Gulliford, R. 1973) : ــ

١ـ القصور الشديد فى العلاقات الاجتماعية :
Severely impaired relationships
فهؤلاء الأطفال عادة ما يكونون بمعزلٍ عن الآخرين، فهم متحفظون Aloof ، يقيمون إتصالات قليلة، وعلاقات فقيرة مع كل من الراشدين والأطفال . وهذا الإنعزال، وهذا التحفظ يختلف فى نوعيته عن السلوك الذى يبديه الأطفال الإنسحابيين . ذلك أن الأطفال الإجتراريين يهيمون على وجوههم فى أرجاء الحجرة التى يوجدون بها، غير مهتمين ولا عابئين بما يفعله الآخرون، ولا يستجيبون للذى يحاول أن يقدم لهم شيئاً، ولا يأبهون له كما أنهم يظهرون نوعا من اللاإدراك للآخرين الموجودين معهم، سواء كانوا أشخاصاً أم أشياءً، وبعضهم يستخدم الأشخاص أو أجزاء من أجسام هؤلاء الأشخاص بشكل مجرد (كأنه موضوع لا شخص)، مثل اعتلاء يد المعلم للحصول على شيئ ما .

٢ـ فقدان الإحساس بالهوية الشخصية :
Lack of a sense of personal identity
فبعض الأطفال الإجتراريين يميلون إلى اكتشاف أجسامهم بصرياً، أو عن طريق اتخاذ أوضاع خاصة فى الوقوف أو الجلوس، وكأن أجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم .

٣ـ الإنشغال المرضى بموضوعات معينة :
Pathological Preoccupation with particular objects

ويقصد بالانخراط أو الإنشغال الكامل بشكل مرضى بموضوعات وأشياء معينة، أن الطفل الاجترارى قد ينهمك تماماً بقطعة من رباط الحذاء، أو قطعة حجر صغيرة، وربما يستمر هذا الانهماك لفترات طويلة من الوقت .

٤ـ مقاومة التغير فى البيئة :
Resistance to change in the enviornment

بل ويكافح الطفل الاجترارى فى سبيل الاحتفاظ والإبقاء على الرتابة فى إجراء الأشياء، فعلى سبيل المثال، يمكن أن يصدر عن الطفل الإجترارى، رد فعل غاضب مبالغ فيه، أو غيظ وغضب شديد تجاه شخص جديد، شيئ جديد، أو إعادة لبعض الترتيبات أو إحداث تغيير فى الروتين أو البيئة المحيطة به .

٥ـ خبرات إدراكية غير سوية : Abnormal Perceptual experience

من قبيل تجاهل الأصوات، رفض النظر إلى الأشياء، أو الناس، اختفاء الإحساس بالألم، وغياب الإحساس بدرجات الحرارة .

وكما أن بعض الأطفال الاجتراريين فى نفس الوقت، يستمرون فى مواصلة اكتشاف الأشياء، عن طريق وضعها فى الفم، أو تقريب بعض الأشياء إلى الأنف، أو تقريبها إلى العين، فإن بعضهم الآخر قد يثبت بصره على الأضواء أو الأشياء المتحركة أمامه .

٦ـ الشعور بنوبات قلق حاد، مفرط، يبدو غير منطقى :
Acute excessive and seemingly illogical anxiety

فربما تتسبب بعض الأشياء العادية والمألوفة تماماً (مثل تغيير روتين الحياة اليومى) فى إحداث هذا القلق الحاد، فى حين أن الطفل الإجترارى من ناحية أخرى، قد لا يخاف مطلقاً من أخطار حقيقية، (مثل المرور فى الشوارع، الأماكن المرتفعة) .

٧ـ التأخر فى الكلام واللغة : Speech and language retardation

فبعض الأطفال الإجتراريين قد لا يتعلمون الكلام أبداً، والغالبية العظمى منهم يتأخرون فى الكلام، كما أن هناك كثير من الملامح غير السوية عند بدء

حديثهم وكذلك في لغتهم . من قبيل ذلك الميل إلى ترديد ما قد يسمعونه تواً وفي نفس اللحظة وكأنهم صدى لما يقال (ما يعرف بظاهرة المصاداة Echolalia)، والحديث " التليغرافي "[١] Telegraphic الذى يتم فيه حذف بعض الكلمات الصغيرة، واستخدام الضمائر بصورة مشوشة، والكلمات المتشابهة، أوالخلط في ترتيب الكلمات، والصعوبة في فهم أى شيئ سوى بعض التعليمات اللفظية البسيطة، وذلك لكون هذه التعليمات حرفية Literal ، ومحسوسة عيانية عند استخدام الطفل الاجترارى لها، لأنه لا يفهم إلا الحديث العيانى المباشر .

٨ـ <u>الحركات الشاذة (غير العادية)</u> : Unusual movements

فالأطفال الإجتراريون حركاتهم زائدة (مفرطة)، ويتسمون بالتجول فى أرجاء المكان الذى يوجدون فيه، كما يتميزون بالسلبية المتطرفة، والتكلُّف والتأنق الغريب والشاذ فى الكلام والسلوك مثل الهزهزة، والدوران حول أنفسهم، أو حول الأشياء، والتصفيق باليدين .

٩ـــ وهناك بصفة عامة وأخيرا، انخفاض فى مستوى التوظيف العقلى Mental Functioning ، حيث يظهر الطفل الاجترارى بعض الصور من الأداء السوى أو القريب من السوى، وذلك فى سياق ترتيب Jigsows ، أشياء معينة فى صورة دقيقة أو فى تذكر بعض الأنواع المعينة من أحداث الواقع أو فى تذكر بعض المقطوعات الموسيقية .

ومما تجدر الإشارة إليه ونحن بصدد الحديث عن أعراض الأطفال الاجتراريين كما يصفها كريك ـــ أن نعرف أن بعض هذه السمات المميزة مأخوذة من ملاحظة الأطفال الاجتراريين أنفسهم، أو أن هذه السمات من الممكن ملاحظتها ورؤيتها لدى الأطفال العاديين فى أثناء بعض فترات نموهم.

---

[١] حديث قصير، حديث برقى Telegraphic Speech

مصطلح يصف حديث الأطفال الصغار جدا فى مرحلة الكلام الطفلى Duosstage ، وهى التى تنحصر بالتقريب بين الشهر الثامن عشر والشهر الثلاثين، وهى المرحلة التى يكون فيها تنظيم الحديث على هيئة تعبيرات من كلمتين، ومثل هذا الحديث برقى أو تلغرافى، ومن هنا فإنه يستخدم فقط الكلمات البارزة وذات العلاقة الوثيقة جداً من اللغة، بينما يتجنب أدوات التعريف وحروف الجر والكلمات الثانوية أو التابعة الأخرى (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى، ١٩٩٦ : ٣٨٨٨) .

كما أن بعض هذه الملامح، يُلاحظ تكرارها في أنواع وأشكال أخرى من الإعاقة، فهناك وجود لظاهرة التكلُف أو التأنق[1] The Mannerisms لدى بعض الأطفال العميان، وكذلك لدى بعض الأطفال دون العاديين Subnormal children، والأطفال ذوى الإعاقات المتعددة . وهذا في واقع الأمر وحقيقته تحذير من عدم استخدام كلمة إجترارى Autistic استخداماً غير مميَّز ، دون إدراك الفرق بينه وبين غيره من المصطلحات المتداخلة معه . ذلك أنه في الأغلب الأعم نجد أنه من الصعب وضع أعراض تشخيصية فارقة بين الذاتوية " اعاقة التوحد " Autism ودون السويَّة (السلوك دون العادى) Subnormality [2] ، والعيب الحسى، وغيرهم من مشكلات التواصل الحادة الأخرى Other Severe Communication Problems ذلك أنه في بعض الحالات، نجد أن الأطفال العميان، أو الأطفال الصُم يظهرون سلوكاً إجترارياً، ومع ذلك يحرزون تقدماً جيداً جداً نحو السوية (العادية) Normality [3] .

ومما تجدر الإشارة إليه أيضاً، أن هناك نوع من التأمل الجدير بالإعتبار فيما يتعلق بطبيعة وأسباب الذاتوية " اعاقة التوحد " منذ أن ميزَّها " كانر" Kanner للمرة الأولى عن الأمراض الذهانية الأخرى في مراحلها الأولى وكان ذلك ـ كما سبقت الإشارة في الفصل الأول من هذا الكتاب ـ في عام

---

(١) عادات مميزة أو نمطية Mannerism

إيماءة أو تعبير وجهى أو عادة لفظية خاصة بالفرد . والسلوك من هذا النوع ربما كان له دلالة خفية يمكن أن تجد طريقها إلى الفهم من خلال العلاج طبقاً للتحليل النفسى، وهى فى كل الحالات سلوك نمطى يميز فرداً عن فرد آخر (جابر عبد الحميد، وعلاء كفافى، ١٩٩٢، الجزء الخامس، ٢٠٦٨) .

(٢) دون السوية Subnormality

أى دون المستوى السوى أو الطبيعى أو العادى، أى أقل منه باستخدام معيار معين، دون المتوسط .

(٣) السواء Normality

فى الطب النفسى وعلم النفس، مفهوم عريض يكافئ على نحو تقريبى الصحة العقلية، ولا يوجد مقياس صارم دقيق للسواء النفسى، ويتفاوت المفهوم من ثقافة إلى أخرى، إلا أنه تتوافر معايير مرنة لتمييز السواء عن الشذوذ لدى الفرد وهى التحرر من الصراعات الداخلية التى تجعله عاجزاً وغير مؤهل، القدرة على التفكير والفعل بطريقة منظمة وفعالة على نحو معقول، والقدرة على التصدى لمطالب الحياة العادية ومشكلاتها، والتحرر من الكرب الإنفعالى المتطرف كالقلق واليأس، والاضطراب المستمر، وغيبة أعراض واضحة للإضطراب العقلى كالوساوس والمخاوف المرضية والخلط وفقدان الوجهة . (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى، ١٩٩٢، الجزء الخامس، ٢٤٢٧ ـ ٢٤٢٨) .

١٩٤٣ . فقد كان هو نفسه يعتقد أن هناك بعض العيوب الفطرية الموروثة Inborn defect تستثار بفعل البرود الإنفعالى Emotional Coldness (تجاه الطفل الإجترارى) من قبل الوالدين؛ فى حين يؤكد باحثون آخرون - غير "كانر" - بشكل أكبر على تأثير العوامل السيكولوجية فى تنشئة الطفل، وعلى وجهة النظر القائلة بأنه فى وقتٍ ما من الأوقات كانت أمهات الأطفال الإجتراريين باردات إنفعاليا ومنسحبات اجتماعيا . وربما كان يغذى هذه النظرة التكرار النسبى (لتواتر القرابة) لدى الوالدين من الناحيتين العقلية والمهنية، وأيضا من خلال الحقيقة القائلة أن الأم تعانى من صدود ابنها الإجترارى نتيجة عجزه عن الاستجابة لها، وهذا هو السبب فى أنها لا تميل تماما إلى إظهار أنها ليست على صلة به وأن العلاقة التواصلية بينهما شبه مقطوعة . (وهذه الحيرة، وهذا الإرتباك كسبب وكنتيجة فى آن واحد، يمكن أن يضاف إليه التعاسة التى يعانى منها كثيرٌ من الأمهات، ويعد هذا درساً مستهدفاً لنا فى توجيه وتربية هذه النوعية من الأطفال الصغار المضطربين . ثم أنه غالباً ما يكون من السهل أن ندرك أن العيب أو النقص لدى الطفل يكون ناشئاً عن الأخطاء الوالدية Parental faults ، وسوء إدارة المنزل، لكن - أيضاً - فى بعض الحالات يكون سلوك الوالدين مجرد استجابة للصعوبات التى يعانى منها الطفل . وفى جميع الحالات، يكون من الأفضل أن ننظر إلى علاقة الطفل بالوالدين - كل على حدة - كتفاعل فريد فى نوعه، والذى يتعين تقييمه بطريقة تضع فى اعتبارها المصاعب العملية فى التشخيص وبأسلوب يتسم بالمشاركة الوجدانية) .

وفى ضوء ما يذكره " كريك " يتضح أن الإفتراض الذى يتعين وضعه فى الاعتبار هو ما إذا كانت الذاتوية " اعاقة التوحد " نتيجة لتلفٍ فى المخ Brain damage أم لا . وهذا الافتراض يدعمه الحقيقة القائلة بأن التهاب الدماغ (المخ)[1] Encephalitis يمكن أن يؤدى إلى حدوث اضطراب الذاتوية " اعاقة التوحد "، كما أن هناك دليل على أن تلف المخ (أو اصابة المخ) هو

---

[1] إلتهاب الدماغ Encephalitis

إلتهاب المخ الذى يحدث نتيجة لعوامل كثيرة منها المعادن الثقيلة مثلما فى حال إلتهاب الدماغ الرصاصى . ولكن معظم الحالات تحدث نتيجة الفيروسات التى ربما تنقل بواسطة القراد (حشرة تمتص الدم) أو الناموس أو أى حشرات من التى تعض أو من خلال العدوى نتيجة الاختلاط بالمرضى . وقد تكون الأعراض معتدلة شبيهة بخصائص الانفلونزا، أو قد تكون خطيرة جدا مصحوبة بالحمى والهتر والتشنجات والغيبوبة والموت (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٩٠، الجزء الثالث، ص ١١٢٨) .

أحد الأسباب لحدوث الذاتوية " اعاقة التوحد " لـدى طفل واحد مـن بين كـل أربعة أطفال إجـتراريين . وعـلاوة علـى ذلـك؛ فـإن بعض العيـوب أو أوجـه النقص فى عملية الإدراك الحسي، والتفكير، واللغة، هى ــ بـلا شـك ــ التـى تذكرنا بأنها لا تحدث إلا عند الأطفال المصـابين بتلـف فـي المـخ، وعلـى أيـة حال، فإن الدليل على أن تلف المخ هـو الكامن وراء إصابة الطفـل بالذاتويـة " اعاقة التوحد "، ما يزال دليلاً يفتقر إلى البرهنة عليه ــ علـى الأقـل ــ لـدى نصف حالات الأطفال الإجتراريين .

ولقد استمرت نقاط كريـك التسـع مقبولـة مـن جـانب العـاملين فـى مجـال التربية الخاصـة كأساس يقوم عليه تشخيص ذهان الطفولة خلال الستينيات من هـذا القـرن، غـير أن كـل مـن "روتـر" Rutter (١٩٦٦)، و" لـوك يـير" Lockyear (١٩٦٧) قد انتقدا استخدام هذه النقاط فى التشخيص مشيرين إلـى أن هناك تداخلاً بين هذه النقاط مع عدم وجود معلومات محددة لتحديد كم مـن النقاط التسع الضرورية أو التى تكفى للتشخيص . واستخدم كل من " روتر " و " لوك يير " كبديل لهذه النقاط قائمة مراجعة في دراساتهم لمقارنـة (٦٣) ثـلاث وستين طفـلاً ذهانيـاً ممـن يعـانون مـن اضطرابـات انفعاليـة وسـلوكية . وقـد اشتملت هذه القائمة على البنود التالية : العلاقـات، الكـلام، الحركـة، التركـيز، إيذاء الذات، الاستجابة للألم، والمشكلات السلوكية .

وخلال عقد الستينات أيضاً، كان " جولد فارب " Goldfarb (١٩٦٤) قـد أشار إلى وجود نوعين من أنواع فصام الطفولة، الأول عضـوى والثانى غير عضـوى، بالإضافـة إلـى أنـه ذكـر أن هنـاك ثلاثـة انحرافـات سلوكية كـبرى للتمييز بيـن هذيـن النوعيـن وسلوك الأطفـال العـاديين وهـذه الإنحرافـات السلوكيـة الثلاثـة هـى :

١ـ سلوك استقبالى شاذ يتركز فى عدم الانتباه السمعى .
٢ـ اضطراب فى الوعي بالذات Self-awareness Disorder (اضطراب فى بصر الفرد بالأسباب والعوامل التى تكمن وراء سلوكه، ومعرفته لصفاته وخصائصـه التـى تميزه عـن غيره مـن النـاس، وفهمـه لنفسـه بصفـة عامـة).

٣- اضطراب في التواصل [١] .
إلا أن " جولد فارب " لم تعرّف هذه الانحرافات تعريفات إجرائية .

ويذكر القريوتي وآخرون (١٩٩٥: ٣٦٩) أن كل من " أورنتز ورتفو " Ornitz & Ritvo (1973) قد أشار إلى أن الذاتوية " اعاقة التوحد " (الأوتوسية)، يجب التعرف عليها عن طريق ملاحظة السلوك . وأن هذه السلوكيات تحدث كمجموعات من الأعراض التي تعكس شذوذ النمو، وتتضمن هذه الجوانب : تنظيم الادراكات، أنماط الحركة، المقدرة على التعلق، اللغة، والسرعة في النمو . ومع أنهما لا يوافقان على وجهة النظر القائلة بأن الذاتوية " اعاقة التوحد " يجب أن يتم التعرف عليها وتشخيصها كزملة أعراض سلوكية، إلا أن " أورنتز ورتفو " يضيفان أنه يجب اعتبارها مرضاً . ووجهة نظرهما تلك، لها مايبررها، فهما لا يعترفان بوجود عرض بمفرده، أو مجموعة من الأعراض تحدث بشكل متزامن، علاوة على أنه لا يوجد عرض واحد أو مجموعة من الأعراض تدل على وجود المرض . وذكرا ـــ بالإضافة إلى ماسبق ـــ أن الفشل في النمو لدى الأطفال الذين يعانون من الذاتوية " اعاقة التوحد " سببه اضطراب تنظيم الإحساس .

ولقد بين " كوجل وآخرون " (Koegel et al, 1982) أن الأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) تظهر عليهم أعراض الانسحاب الإجتماعي، والانطواء على النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة، وفي القدرات الإدراكية والمعرفية، كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه، وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية، والتحكم في الحركات الدقيقة، فضلاً عن وجود نشاط حركي مفرط (عبدالمنان معمور، ١٩٩٧: ٤٣٧) .

كما ذكر " سبيتزر" (Spitzer, 1987) أن أعراض الأوتيزم تنحصر في ثلاثة عناصر رئيسية هي :
(أ) اضطراب كيفي في التفاعل الاجتماعي .
(ب) اضطراب في النشاط التخيلي، والقدرة على التواصل اللفظي، وغير اللفظي .

---

[١] يقصد باضطرابات التواصل هنا القصور في القدرة على نقل الأفكار والمشاعر عن طريق التخاطب أو الكتابة بمعدل عادي ودون تشويه المضمون أو الشكل، ومن أمثلة ذلك سرعة إلقاء الكلام Tachylogia ... إلخ .

(جـ) الانغلاق على النفس وعدم الإهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية (المرجع السابق، ٤٣٧) .

ومن ناحية أخرى، يقترح " وارد " (Ward, 1990) أربعة محكات يتعين وضعها فى الاعتبار عند تشخيص الذاتوية " اعاقة التوحد " " الأوتوسية " لدى الأطفال، وهى :
(١) عدم الارتباط بالأشياء .
(٢) ضعف استخدام اللغة وضعف التواصل مع الأخرين .
(٣) المحافظة على الرتابة والروتين .
(٤) ضعف فى الوظائف العصبية .
كما أشار أيضاً إلى أن الكثير من الأفراد الاجتراريين يعانون من أسباب عضوية مرضية .

ويضع كل من زيدان السرطاوى وكمال سيسالم (١٩٨٧ : ٢٠٣) الذاتوية " اعاقة التوحد " ضمن أحد الخصائص السلوكية الثمانية التى تميز فئة الأطفال المضطربين سلوكيا (وهى الذكاء، التحصيل الدراسى، السلوك العدوانى، النشاط الحركى الزائد وتشتت الانتباه والاندفاع، القلق، الانسحاب/ الانطواء، سوء التكيف الاجتماعى، والذاتوية " اعاقة التوحد " " الأوتوسية").

ويريان أن كلمة " الذاتوية " اعاقة التوحد " تعتبر تعريبا لمصطلح " الأوتوسية " Autism ، وأن البعض عرّبها بـ " التوحّد " وأنها تعتبر واحدة من الخصائص السلوكية الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً خاصة ممن يعانون من اضطرابات سلوكية حادة، وأن الذاتوية " اعاقة التوحد " تتمثل فى التمركز حول الذات، وفى انشغال الطفل بذاته، بصورة أكثر من انشغاله بالعالم الخارجى . وفى ضوء هذا التعريف يتفقان مع كل من" هيوارد وأورلانسكى " (١٩٨٠) على وجود ست خصائص تتوافر لدى الأطفال الاجتراريين وهى :

(أ) <u>العجز الجسمى الظاهرى</u> :

فقد يتحرك شخص ما أمام الطفل بشكل مباشر، ويبتسم له، ويتكلم معه، ومع ذلك فإنه يتصرف كما لو لم يكن هنالك أحد، وقد لا يشعر أحد بأن الطفل يتجنب أفراد الأسرة، بل ويتجاهلهم، لأنه يبدو كما لو أنه لا يشاهد أحداً أو يسمع أحداً . وغالباً ما تشك الأم فى أن طفلها أصم أو كفيف .

(ب) البرود العاطفي الشديد :

من الخصائص الأخرى التي تلاحظ بشكل متكرر على الطفل الإجتراري عدم الاستجابة لمحاولة الحب أو العناق أو إظهار مشاعر العطف . ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين .

(جـ) الإثارة الذاتية :

من أكثر أنواع السلوك الملفتة للنظر لدى هؤلاء الأطفال تكرار الأفعال أو القيام بأعمال نمطية مثل سلوك الإهتزاز (هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلوس، والدوران حول النفس، والتلويح بالذراعين، والهمهمة وترديد ثلاث أو أربعة كلمات، أو جمل معينة لفترة طويلة من الوقت) .

(د) سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب :

مع أن الطفل قد لا يكون منشغلاً بأشياء يمكن أن تؤذيه، وذلك عندما تقابله لأول مرة، إلا أن الوالدين غالباً ما يذكرون أن الطفل يعض نفسه في بعض الأحيان بشدة لدرجة ينزف معها دمه، وأنه قد يضرب وجهه بقبضة يده، أو قد يضرب رأسه في الحائط، أو بقطع أثاث حادة حتى تتورم رأسه ويصبح لونها أسوداً أو أزرقاً .

وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عداوته نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة وذلك على شكل عض أو خربشة أو رفس، وقد يقضي بعض هؤلاء الأطفال الليل مستيقظين يصدرون أصواتاً، وبعضهم يمزق الأوراق ويرمي بها من النافذة، ويسكب الماء على الأرض .. إلخ . وغالباً ما يكون الوالدين عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية .

(هـ) الكلام النمطي :

إن معظم هؤلاء الأطفال يتصفون بالبكم؛ فهم لا يتكلمون ولكنهم يهمهمون أو يطلقون أصواتاً بسيطة، وقد يكون كلامهم إعادة لكلام الأفراد الذين يتحدثون معهم، فعلى سبيل المثال، إذا وجّهنا سؤالاً للطفل ما اسمك ؟ فمن المرجح أن تكون إجابته ما اسمك . وفي بعض الأحيان قد لا يكون التكرار النمطي مباشراً، ولكنه قد يأتي متأخراً، فقد يعيد الطفل بعض العبارات التي سمعها في الصباح أو في اليوم السابق، أو قد يقوم بإعادة الإعلانات التي يشاهدها في التليفزيون وغير ذلك .

(و) قصور السلوك :

من أنماط السلوك الملفتة للنظر، والتي يتصف بها الطفل الإجتراري، أو التوحدي : التأخر في نمو السلوك، أو قصور السلوك، فالطفل الإجتراري الذي يبلغ من العمر خمس سنوات، قد يُظهر سلوكاً يتناسب مع سلوك الطفل العادي ذو السنة الواحدة من العمر، فبالنسبة لمهارات العناية بالذات على سبيل المثال، نجده لا يمتلك منها إلا القليل، ويحتاج إلى من يقوم باطعامه وإلى من يساعده على إرتداء ملابسه . وقد لا يلعب بالألعاب، ولكنه قد يضعها في فمه تماماً مثل الطفل الرضيع، وقد يضرب على الألعاب بأصابعه بشكل مستمر، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر .

وتنقل لنا " نيفين زيور" (١٩٨٨ : ٨٨ ـــ ٨٩) نظرة " مارجريت ماهلر "[1] إلى الذهان الذاتوي (الأوتيسية) على أنه حالة من التثبيت أو

---

[1] مارجريت سكونبرجر ماهلر Mahler, Margaret Schoenberger

عالمة نفس أمريكية مجرية المولد (١٨٩٧)، اهتمت بدراسة الأمراض النفسية في مرحلتي الطفولة والمراهقة . ومن بين المصطلحات التي تداولتها :

• المرحلة الذاتية أو الذاتوية " اعاقة التوحد " Autistic Phase

وفقاً لما تراه " ماهلر " هي المرحلة الأولى من نمو الاحساس بالذات، وخلالها لا يتحقق التمييز بين الذات والشيئ . وتستغرق الأسابيع القليلة الأولى من الحياة، وتكون الاستجابات الغريزية للمثيرات على المستوى الانعكاسي والمهادي Thalamic ولا تكون الأنا متكاملة أو موحدة . (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٨٨، ج ١ : ٣١٦) .

• الذهان الإجتراري أو الذاتي : Autistic Psychosis

وفقاً لما تراه " ماهلر " هو شكل من أشكال الذهان الطفلي فيه تكون بنية الأنا معيبة بنيوياً، ولا يستطيع الطفل أن يحافظ على العلاقة التكافلية مع أمه . والطفل يتبنى الذاتوية " اعاقة التوحد " كدفاع ضد المثيرات الخارجية والداخلية . (المرجع السابق، ص ٣١٧) .

• الحال النهائية End State

كما تصفها " ماهلر " هي : الوصف المفصل للخصائص التي تحدد سلوكاً معيناً في صورته المتطورة مثل وصف جوانب وخصائص الفردية كنتيجة نهائية لعملية الانفصال الفردي .

والحال النهائية هي هدف أو ذروة المراحل التقدمية للنمو . وبمجرد أن تحدد الحال النهائية فإن الاهتمام يتركز على الوصف الدقيق للمراحل التي تؤدي إليها . ومفهوم الحال النهائية أمر مهم في علم النفس النمائي . (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩٠، الجزء الثالث، ١١٣٧) .

• التفرد : Individuation

مرحلة من النمو تحدث من الشهر الثامن عشر إلى الشهر السادس والثلاثين وهي الفترة التي يصبح فيها الوليد أقل اعتماداً على الأم ويبدأ في اشباع رغباته الخاصة، وفي أن

النكوص إلى الذاتوية السوية (التمركز السوى حول الذات) مما ينتج عنه تشوهات فى هذه المرحلة، ويخفق الطفل فى إدراك أمه بوضوح، كما يخفق فى التفرقة بين ما بداخل جسمه وما بخارجه، وترى أن من وجهة النظر الدينامية، فإن الصورة على هذا النحو إنما تشير إلى هلوسة سلبية ترتبط بعجز الطفل عن التوجه نحو العالم الخارجى .

فالطفل الذى يمكن أن نطلق عليه اسم الطفل الذهانى الذاتوى (الإجترارى)، هو هذا الطفل الذى يبدو منغلقاً على نفسه داخل دائرة تحمل صفة القدرة المطلقة السحرية، تلك التى تعدها " ماهلر" بمثابة الدفاع ضد تفاصل وفض الحيوية . ويكون هناك فض الاستثمارات فى المدركات عن بُعد؛ تلك التى يدفع ثمنها الطفل فى شكل صمم مصطنع ويستشعر الطفل بناءً على ذلك الخطر فى الواقع الخارجى، ذلك الخطر الدائم الذى يهدد توازنه الداخلى . ولذلك فإنه يوطد بناء حاجز المثيرات، ويمكننا أيضاً أن نلاحظ فى مثل هذه الحالات غياباً فى إستثمار الليبيدو[1] فى السطح الخارجى للجسم (الأمر الذى نراه واضحاً فى غياب الإحساس بالألم لدى هؤلاء الأطفال)

يعتمد على نفسه فى تدبير أموره . (جابر عبد الحميد، علاء كفافى، ١٩٩١، الجزء الرابع، ١٧١٠) .

(١) الليبيدو : Libido

(أ) المعنى الضيق لهذا المصطلح هو البحث عن الاشباع الجنسى، يقول فرويد : " لتفسير الحاجات الجنسية لدى الإنسان والحيوان، نستعين فى علم الحياة بفرض وجود " غريزة جنسية "، كما نفترض غريزة التغذية لتفسير الجوع، غير أنه ليس فى اللغة الدارجة، فيما يتعلق بالحاجة الجنسية، ما يقابل كلمة جوع، لذلك يستخدم العلم كلمة ليبيدو " .

(ب) المعنى الثانى لهذا المصطلح : طاقة غريزة الحياة التى تتوزع بين الأنا (الليبيدو النرجسى) والموضوعات أو الأشخاص (الليبيدو الموضوعى). فهو من ثمة " الطاقة " (باعتبارها مقداراً كمياً لا يمكن قياسه حالياً) والطاقة هى التى تدخل فى كل ما تتضمنه كلمة " حب " . وجوهر ما نعنيه بالحب يتكون من الحب الجنسى الذى يستهدف الإتصال الجنسى (وهو ما يسمى عادة بالحب ويتغنى به الشعراء) . بيد أننا لا نفصل عن هذا المعنى كل ما له أية حصة من اسم الحب ـ من ناحية حب الذات، ومن ناحية أخرى حب الوالدين والأطفال والصداقة وحب الإنسانية على وجه العموم، بالإضافة إلى ولاء للموضوعات العينية والأفكار المجردة . (فرويد، ١٩٨٠ : ١٠٦) .

وكذلك غياباً فى شحن المناطق الشبقية [١] ، ويستبدل الطفل الأنشطة الشبقية الذاتية، بأنشطة عدوانية ذاتية Auto--Aggressive تلك التى نعتبرها فى حقيقة الأمر محاولة الإحساس بحدود خارجية للجسد .

وإذا انتقلنا إلى الصورة الكلينيكية من وجهة نظر " ماهلر" فسنلحظ أنها تشير إلى وجود تدهور شديد لدى الطفل فى أثناء السنة الثانية أو الثالثة من العمر فى الوظائف التى كان قد قطع فيها شوطاً كبيراً، فنرى تراجعاً فى القدرة على الكلام، الأمر الذى لا نرى له مثيلاً فى أى من الوظائف الأخرى.

ومما يساعد على ظهور أعراض الذهان فى شكل دفاعات ومحاولات اصلاحية فقدان الاحساس بالحدود الخارجية للذات، وكذلك الاستجابة العنيفة للاحباطات، ثم الأنشطة السحرية، وحالات الفزع الشديد والمصاداة (ترديد المريض لما يقوله الآخرين) Echolilia ، والعكس، أى ترديد المريض لما يقوله هو نفسه مرات ومرات، وأن الفيتيش الذهانى ـــ محاولة إصلاح فى شكل تحكم فى الموضوع ـ يظهر فى شكل لعبة مشحونة شحناً زائداً ـــ وتبزغ العمليات الأولية بسهولة .

ويرتبط نمط العلاقة بين الطفل ـــ الأم بشكل الصورة الكلينيكية لدى الطفل الإجترارى ارتباطاً وثيقاً . وهنا يتعين القول أن " ماهلر" تستبعد عند حديثها عن مسببات الذهان فى الطفولة، على نحو حاسم، فكرة الأم المسببة للمرض الذهانى . وترى " ماهلر" أنه فى كثير من حالات الذهان فى الطفولة وعلى رأسها الذهان الذاتوى (الإجترارى) يأخذ العامل الوراثى دوراً هاماً فى تكوين الأعراض فى شكل الاستعداد للوقوع فريسة للحصر ـــ القلق ـ الذى تشيد بناءً عليه اضطراب علاقة الأم ـ الطفل، الأمر الذى نراه على وجه الخصوص فى مناقشاتها والتى لا تخلو من الاضطراب فى حالات الذهان فى الطفولة (نيفين زيور، ١٩٨٨ : ٩٣) .

ومن خلال إحتكاكها الدائم مع حالات الذهان فى الطفولة، استطاعت " ماهلر" أن تلحظ أنماطاً فى العلاقات بين الآباء وأطفالهم جد مختلفة وشديدة التباين بدءاً من آباء كانوا يبدون كأنهم أسوياء تماماً، وانتهاءً بآباء يتسمون

---

[١] المناطق الشبقية (أو الشهوية) Erogenous Zones
مناطق ذات حساسية فى الجسم تحدث إستثارتها مشاعر لاذة .

بالبرود التام فى علاقاتهم كما إحتكت أيضا بآباء ذهانيين بالفعل . وتخلص " ماهلر" بأنها لم تجد فروقا دالة واضحة فيما بين الآباء النرجسيين والآباء المكتئبين .

كما تقرر أنه فى كثير من الأحيان يساهم عامل الاستعداد الوراثى ـ لقصور فى بناء الأنا ـ فى خلق دائرة مفرغة تفضى فى النهاية إلى حدوث إضطراب فى علاقة الأم ـ الطفل . وتؤكد " ماهلر" أيضاً على دور المواقف الصدمية فى الطفولة المبكرة، وتخص بالذكر الأمراض العضوية التى تستمر فترة طويلة من الزمن بحيث تتدخل كى تفض الإلتحام للمظاهر الانشطارية الجيدة أو السيئة للموضوع وللذات .

وتصر " ماهلر" بنفس القدر على حقيقة أن الشحن الدائم من قبل الأم لطفلها قد يتحول على نحو درامى وعميق بعد تقدم الطفل فى مراحل النمو، وفى أعقاب قدرة الطفل على الابتعاد عنها فى المكان، مما يشير إلى أن هذه الأم، لا تستطيع أن تتخلى عن اشباعاتها التى تستمدها من موقفها السمبيوزى الاعتمادى (الاتكالى) مع طفلها ـ أثناء السنة الأولى من العمر ـ وقد تفض شحنها لطفلها متى وصل لسن الثانية من عمره . مما يؤدى إلى جروح غائرة فى نرجسيته تلك التى تضفى عليها " ماهلر" أهمية قصوى بقدر ما تعلق أهمية كبرى على آثارها .

وما دمنا بصدد الحديث عن نمط التفاعل بين الطفل ـ الأم، فإنه تجدر الإشارة إلى أن أهم ما يميز التفاعل بين الطفل ـ الأم فى حالات الذهان فى الطفولة هو ما نطلق عليه Mismatching ذلك الذى يشير إلى إخفاق متبادل فى القدرة على التواصل بين الأم والطفل . إلا أن الأمر قد يذهب إلى أبعد من ذلك بكثير، حيث نجد كثيراً من الأمهات يقمن باستخدام ميكانيزم الانكار[1] لما يدركنه من رسائل أو إشارات يبعثها الطفل لهن . ومثل هؤلاء الأمهات لا يمكنهن أن يتحملن المطالب الاعتمادية أو التكافلية (السيمبوزية) لطفلهن ونجدهن يتحولن مبتعدات عن الطفل فى اللحظة التى يبعث فيها الطفل بإشارات على مطالبه السيمبوزية .

---

[1] ميكانيزم " الإنكار" Denial

حيلة دفاعية تعمل على حجز الأحداث والرغبات والأفكار المثيرة للقلق والألم، ويعمل هذا الميكانيزم على المستوى اللاشعورى (لمزيد من التفاصيل يمكن الرجوع إلى : جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٠، الجزء الثالث، ص ٩٠٩) .

ويمكن تفسير هذا السلوك الخاص بالأمهات على أنه يرجع إلى أنهن يجدن فى الحالة الخاصة بأطفالهن فرصة لنكوص شبيه بالفصام [١] Schizoid على نحو مرآوىً ـ وهو تراجع نكوص للأم يحمل سمات بدرجات مختلفة من الخلط والعداء ومثل هؤلاء الأمهات مخالفات لأمهات الأطفال المصابين بالذهان السمبيوزى، اللائى يخضعن تماماً لرغبات الطفل، ويستبقين على نحو محايد على هذه القدرة المطلقة السحرية للطفل الموجودة فى السمبيوز ـ وفى مثل هذه الحالات نرى موضوع رغبة الأم نفسها فى أن تشبع حاجاتها خلال السمبيوز الطفلى، فهى تعيش السمبيوز لتستمد منه حاجتها هى السمبيوزية على نحو طفلى (نيفين زيور، المرجع السابق، ص ٩٤) .

_ مثال على علاقة أم ـ طفل فى حالة الذهان الذاتوى (الإجترارى) :_

تضرب لنا نيفين زيور (١٩٨٨ : ٩٥ ـ ٩٦) مثالاً لنمط العلاقة بين الأم/الطفل فى إحدى حالات الذهان الذاتوى (الاجترارى) ترى فيه أن هذه العلاقة تتميز بأن شخصية الأم تتسم بسماتٍ بعينها، أهمها صغر سنها وبأن شخصية الأم طفلية، وأنها قد افتقدت فى طفولتها هى نفسها إلى العلاقات الأسرية الوثيقة والمشبعة، وقد أشرفت على تربيتها جدتها، التى كانت ـ أى الجدة ـ تتسم بالسادية [٢] فى معاملاتها، فشعرت معها بالوحدة، وحينئذٍ كونت تخيلاً دائماً على أنها حصلت على شيئ ثمين وانشغلت به تماماً، (ما سيعنى بعد ذلك طفلها) وهكذا فإن علاقتها بطفلها يمكن أن تعتبر استمراراً لعلاقة سابقة، كانت قد كونتها مع دمية مفضلة لها، وهكذا فإن الطفل لا يعد بالنسبة لها إلا دمية صغيرة غير حية، ولقد وقعت هذه الأم فريسة اكتئاب عميق بعد ميلاد طفلها بحوالى ستة أشهر بحيث تميزت علاقتها بطفلها بالقرب الوثيق بعد ميلاده مباشرة، ثم انقلبت أحاسيسها تماماً تجاهه بحيث

---

(١) شبه الفصامية، شبيه بالفصام، انفصامية Schizoidism

مركب من عوامل سلوكية تشمل العزلة Seclusiveness والهدوء quietness ، وسمات الانطواء الأخرى التى تدل على انفصال الشخص عن الوسط المحيط به، وحصر الميول النفسية فى ذاته، وفى كثير من الحالات يوجد الميل نحو الفصام (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٥، الجزء السابع، ٣٣٨٥) .

(٢) السادية : Sadism

مصطلح يشير إلى القسوة بصفة عامة .. وأيضا إلى اشتقاق اللذة عن طريق إيلام الآخرين أو إذلالهم، أو الابتهاج بممارسة الأعمال الوحشية .

أخفقت هذه الأم تماماً في إشباع مطالب طفلها مع بدايات مرحلة التقارب . فقد تحولت عنه، وكأنها فقدت اهتمامها بـه وهكذا يمكن وصـف علاقتها بطفلها على أنها علاقة حميمة للغاية مع الميلاد، ثم انقلبت بعد فترة قصيرة وتحولت إلى الضد . وهانحن نرى استجابة هذه الأم لبكاء طفلها بثورة غضب، وأحياناً بعنف فيزيقي، وبسرعة يتوقف الطفل عن بعث إشاراته لأمه؛ تلك التي كان يرسلها لها سواء عن طريق البكاء أو الثغاء أو عن طريق نظراته .

وقد ركزت جلسات التحليل النفسي ـ لهذه الأم ـ على الإبتسامة الغامضة التي كانت الأم تختفي وراءها، عندما جاءت بطفلها إلى العلاج . فقد كانت الأم تتوتر تماماً عندما تتعامل مع طفلها، وكان من الصعب أن تظل على نمط محدد في العلاقات مع طفلها . وحينما كان الطفل يبدى علامات على التراجع، كانت هي على نحو مرآويّ Enmirror تتراجع هي أيضاً على نحو واضح . وكانت نادراً ما تتحدث مع طفلها، بينما كانت لحظات التواصل القليلة بينهما هي تلك اللحظات التي كانت تعزف أثناءها على آلة البيانو (عملها الأصلي) وفي النهاية تحول هذا الطفل إلى طفلٍ ذى قدرة موسيقية عظيمة .

وتختتم نيفين زيور هذا المثال بقولها :
أن أساس علاقة هذه الأم مع طفلها تتركز حول إستجابة دفاعية من جانب الأم في شكل شبيه بالفصام Schizoid كي تحمي طفلها من رغباتها في قتله، وهي استجابة دفاعية، تقوم على النقل والعزل كميكانيزمين دفاعيين، وهكذا يرتبط التراجع الذاتوى (الاجترارى) للطفل بوقوعه فريسة الخلط في مواجهة المظاهر المتناقضة والمفارقة التي تبديها أمه تجاهه من جانب، وتتفق استجاباته الذاتوية (الذاتوية " اعاقة التوحد ") من جانب آخر، مع إخفاق الأم في أن تجيب على رسائله وكذلك اخفاقها في أن تكون هناك إلى جواره تستجيب له حتى ولو على نحو عنيف .

كما تجدر الإشارة إلى أن الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية الذى يصدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي قد وضع تصنيفين للإجترارية، أطلق على التصنيف الأول اسم : الذاتوية " اعاقة التوحد " الطفلية ذات الأعراض الكاملة ، وأطلق على التصنيف الثاني اسم : الذاتوية " اعاقة التوحد " الطفلية ذات الأعراض المتبقية .

ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للإجترارية الطفلية ذات الأعراض الكاملة على النحو التالي :

(أ) بدء الاضطراب قبل سن (٣٠) شهراً .
(ب) العجز عن الاستجابة للآخرين .
(جـ) اضطراب شديد في النمو اللغوي .
(د) أنماط كلامية شاذة وغريبة (مثل تقليد الكلام المباشر، أو قلب الضمائر)
(هـ) استجابات بيئية غير سوية (مثل مقاومة التغيير، أو التعلق والاهتمام بموضوعات شاذة) .
(و) غياب الأوهام والهلاوس وفقدان الترابط، وغياب الكلام المفكك (غير المترابط) كما يحدث عند الإصابة بالفصام .

ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض المتبقية على النحو التالي :

(أ) الاصابة بالاضطراب سابقاً ثم الشفاء منه وعودة بعض الأعراض .
(ب) الصورة الكلينكية الحالية لا تشير إلى وجود أعراض التصنيف الأول كاملة (A. P. A, 1987) .

ويشير فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠: ١٧٠) إلى الذاتوية " اعاقة التوحد " تحت مسمي التمركز الطفلي حول الذات Early infantile autism في ضوء ما أورده كل من " تيلفورد " Telford و " ساوري " Sawery في تصنيفهما للاضطرابات الانفعالية على أساس مظاهر القلق Anxiety والإنسحاب Withdrawal، والعدوان الذي يتميز بالعنف Hostile aggression وذلك بأن وضعا الذاتوية " اعاقة التوحد " ضمن مظاهر الإنسحاب من الواقع Withdrawal from reality وذكرا أنها تشتمل على حالات تتميز بـ : ـ

(أ) الإنفصال الشديد عن الواقع .
(ب) القصور أوالإخفاق في تطويرعلاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين .
(جـ) الترديد الآلي (المصاداة Echolalia [1]) للكلمات أوالمقاطع التي ينطق بها الآخرون .

---

[1] يسمى ترديد الفرد لما يقال بظاهرة الببغائية، المصاداة (ايكوليليا) Echolalia وهي التكرار الآلي للكلمات والجمل المنطوقة من جانب شخص آخر . وهذا السلوك هو عرض عند الفصاميين التخشبيين، وعند بعض مرضى اضطراب " توريتي " Tourette's

(د) الجمود بمعنى المحافظة على نفس الاشياء ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية .
(هـ) الثبوت ويعنى التكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال .

ولقد اشار " فلسبرج " (Flusberg, 1992) أنه يمكن تشخيص الأوتيزم من خلال فحص الأعراض التالية :
(أ) التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة .
(ب) العمليات الادراكية والتعبير عنها .
(جـ) العمليات المعرفية (عبد المنان معمور، مرجع سابق، ٤٣٧ ـ ٤٣٨) .

كما أوضح " بورتر وآخرون " (Porter, et al, 1992) أنه يمكن تشخيص الطفل على أنه (أوتيزم) أو طفل إجتراري إذا كانت لديه الأعراض التالية:
(أ) نشاط حركي مفرط .
(ب) اضطراب في كل من الإنتباه والإدراك واللغة . (المرجع السابق، ص ٤٣٨) .

ويرسم محمود حمودة (١٩٩١ : ٩٨) الصورة الكلينيكية للطفل التوحدي أو الذاتوى ـ كما يطلق هو عليه ـ بأنه طفل يتسم بخلل في التفاعل الاجتماعي، حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص، ويعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم، ويظهر ذلك في عدم دفء العناق معه، ونقص التواصل بالعينين والوجه، وعدم التمايز أو كراهية العواطف والتلامس الجسماني، ونتيجة لذلك يشك الوالدان في أن الطفل أصم، ولكن تجدر الإشارة إلى أن الصمم نادراً ما يرتبط بعدم التمايز الإجتماعي .. وقد

---

disorder ، ومرض " بيك Pick's disease، ومرض الزايمر Alzeheimer`s disease والتصلب المنتشر Diffuse Sclerosis ، ويسمى أيضا صدى العبارات Echophrasia، أو صدى الحديث Echo-Speech (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩٠، الجزء الثالث، ١٠٦٤) .

وهناك من يعرّف المصاداة بأنها حالة كلامية تتميز بالترديد القسري اللا إرادي لما يقوله الآخرون من كلمات أو مقاطع أو اصوات بصورة تبدو كأنه صدى لهم . وهي تعتبر إحدى خصائص التخلف العقلي الشديد (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ١٥٥) .

يرتبط الطفل ميكانيكياً بشخص بعينه، وأحياناً يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفال بوالديهم غريباً، مثل الطفل الذى يبدو أنه يتعرف على والدته أساساً عن طريق الشم .. وفى بعض الحالات يتبع الاضطراب فترة من النمو الطبيعى نسبياً، حيث يكون الطفل إجتماعياً فى سنواته الأولى، ولكن يلاحظ فى الطفولة المبكرة وجود فشل ثابت فى نمو اللعب الجماعى واللعب الخيالى والصداقة، وقلة منهم يصبحون أكثر وعياً إجتماعياً ويهتمون بالآخرين، وقد يصلون إلى مرحلة من الاندماج السلبى فى ألعاب الأطفال الآخرين، أو يستخدم الأطفال كوسائل ميكانيكية فى سلوكه المتكرر آلياً .

وتتحدد ملامح الصورة الكلينيكية للطفل التوحدى ـ فى ضوء ما عرضه محمود حمودة فى ثلاث مكونات تتضح خلالها الاختلالات التى يتصف بها الطفل المصاب بهذا الاضطراب، وذلك على النحو التالى :

(١) الاختلال فى التواصل مع الآخرين . (٢) الاختلال فى النشاط التخيلى .
(٣) النمطية اللفظية .

أما الاختلال فى التواصل مع الآخرين فيشمل المهارات اللفظية وغير اللفظية؛ فقد تغيب اللغة كلية، وقد تنمو ولكن دون نضج وبتركيب لغوى ركيك، مع ترديد الكلمات (رجع الكلام) Echolalia المباشر أو المتأخر، والاستعمال الخاطئ للضمائر (حيث يستعمل " أنت " عندما يود أن يقول " أنا ")، وعدم القدرة على تسمية الأشياء، وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة، ويكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضى الطفل، ولقد أسماها " كانر" لغة مجازية[1] Metaphorical Language ويكون الكلام على وتيرة واحدة، أما التواصل غير لفظى مثل تعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة، وإذا وجدت

---

[1] اللغة المجازية أو اللغة الاستعارية Metaphoric Language

يعنى هذا المصطلح فى التحليل النفسى استخدام الاستعارات أو بعض القصص التى تعبر عن المشاعر والخبرات التى يبدو أنها تحدث فى المراحل المبكرة جداً فى الحياة خاصة فى المرحلة قبل التناسلية . وتظهر هذه اللغة عند الذهانيين خاصة الفصاميين . كما تظهر عند العصابيين . ويدل استخدام هذه اللغة على أحداث وتجارب حدثت عند هؤلاء المستخدمين لهذه اللغة فى المراحل قبل التناسلية وعن الرغبات الأوديبية المكبوتة ويعكس مضمون هذه اللغة التوتر الغريزى . ولكن هذه اللغة تحدث أيضاً عند الأسوياء فى الأحلام (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٢، الجزء الخامس، ٢١٧١)، أما فى حالات الأطفال الاجتراريين فيقصد بها أن الطفل له مفردات خاصة به يفهمها الذين يتعاملون معه وأنهم اعتادوا أن يسمعوها منه ويتصرفون معه فى ضوئها .

فتكون غير مناسبة اجتماعياً وعندما لا توجد شذوذات واضحة في مهارات اللغة، فإن التواصل غالباً ما يكون به خلل يبدو في اللف والدوران واللغو الذي لا علاقة بين أطرافه وبنوده . أما اضطراب فهم اللغة فيبرهن عليه بواسطة عدم القدرة على فهم النكات والتورية في الألفاظ والسخرية .

وأما خلل النشاط التخيلي فقد يشمل غياب الترميز أو اللعب الخيالي باللعب (مثل الدمى وغيرها)، وغياب لعب أدوار الكبار، أو يكون اللعب التخيلي قاصراً ومتكرراً بصورة آلية مثل محاكاة شخصية تليفزيونية . كما أن هناك قلة ملحوظة للأنشطة والاهتمامات ومقاومة للتغيرات الطفيفة في البيئة من حوله، حيث يظهر الطفل تفاعلات مأساوية عندما يتغير مكانه حول مادة الطعام مثلاً، وغالباً ما يرتبط بموضوعات مثل خيط، أو قطعة مطاط .. والسلوك الحركي الآلي يشمل التصفيق باليدين . وحركات غريبة بهما، والهز والتأرجح، أو خبط الرأس والتمايل لكل الجسم، ويصر الأطفال الأكبر على إتباع الروتين (النظام) بطريقة صارمة مثل اتباع نفس الطريق إلى مكان ما .. وقد يوجد الإنبهار بالحركة مثل حركة مروحة، وقد يكون ماهراً في الدوران حول نفسه وحول الأشياء، وقد يهتم بالزراير وأجزاء جسم الإنسان أو اللعب بالماء .

وأما النمطية اللفظية Verbal Stereotyps فتشمل تكرار الكلمات أو الجُمَل دون اعتبار للمعنى؛ ولدى الأطفال الأكبر تكون الآلية اللفظية شاملة لذاكرة طويلة الأمد (مثل إعادة نفس كلمات أغنية سمعها قبل ذلك الوقت بسنوات، أو جداول القطارات أو مناسبات تاريخية، أو معادلات كيميائية) حيث أن هذه المعلومات تتكرر مرات عديدة دون اعتبار للموقف الاجتماعي ومناسبة ذكرها من عدمه .

ولا يختلف ما يذكره محمود حمودة (١٩٩١ : ١٠٣) في معرض تشخيص اضطراب الذاتوية " اعاقة التوحد " عن الذي يذهب إليه غالبية الباحثين في هذا الصدد، ومن ثم يرى أن هذا الاضطراب يمكن تشخيصه إذا توافرت ثمان من المواصفات الست عشرة التالية على أن تشمل على الأقل اثنتان من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (جـ) .

(أ) **وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل كما يظهر في واحدة مما يلي :**

١ـ نقص ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين (يعامل الناس كأشياء ويلاحظ كربهم أو همومهم) .

٢ـ لا يبحث عن الراحة وقت التعب، أو يطلبها بطريقة شاذة (مثل عدم سعيه للراحة عندما يكون مريضاً أو مصاباً أو مجهداً، يطلب الراحة بطريقة آلية مثل قوله : جنبة، جنبة، جنبة، عندما يكون مصاباً) .

٣ـ لا يحاكي الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكيهم بصورة مضطربة (مثل : لا يلوح مودعاً ـ Bye Bye، أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة بالموقف) .

٤ـ لا يشارك في اللعب الاجتماعي أو يكون شاذاً، ويفضل اللعب الفردي، وإذا شارك الأطفال الآخرين فإنه يعاملهم كآلات .

٥ـ خلل بارز في قدرته على عمل صداقات مع الرفاق .

(ب) **خلل كيفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي :**

١ـ لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماء، أو التواصل الحركي .

٢ـ التواصل اللالفظي غير الطبيعي الملحوظ، كما في استخدام الحملقة بالعينين والتعبير الوجهي والوضع الجسدي أو الإيماءات لبدء تفاعل اجتماعي (مثل : عدم الابتسام أو النظر للآخرين عندما يقترب منه اجتماعياً، لا يجل (لا يحترم) والديه أو الزوار وله حملقة ثابتة في المواقف الاجتماعية) .

٣ـ غياب النشاط التخيلي مثل لعب أدوار الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات ونقص الاهتمام بالروايات الخيالية .

٤ـ شذوذات ملحوظة في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والمعدل والإيقاع (مثل : الكلام بنبرة أو وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال، أو بصوت مرتفع) .

٥ـ شذوذات ملحوظة في شكل ومحتوى الكلام، وتشمل الكلام بصورة آلية متكررة (مثل الترديد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التليفزيون)، سوء استعمال الضمائر (مثل : قوله ـ أنت ـ عندما يود أن يقول ـ أنا) بالإضافة لإستخدام كلمات في غير مواضعها أو جمل .

٦ـ خلل ملحوظ في قدرته على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود ظروف مناسبة للحديث .

(جـ) النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والاهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلي :

١ـ الحركات الآلية للجسم (مثل : النقر باليد أو لف اليد فى حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو أرجحة الرأس) .

٢ـ الإنشغال الدائم بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء) أو الارتباط بموضوع غير معتاد (شيئ) (مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طول الوقت) .

٣ـ الكرب الشديد عند حدوث تغيير فى البيئة مهما كان طفيفا، مثل تحريك فازة من مكانها المعتاد إلى آخر .

٤ـ الإصرار غير المناسب على إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند شراء شيئ ما .

٥ـ ضيق ملحوظ فى الإهتمامات والإنشغال باهتمام واحد فقط .

(د) بداية الإضطراب خلل الرضاعة أو الطفولة، (وتحدد البداية إذا كانت بعد ثلاث سنوات أو قبلها) .

وفى عرضهما لأعراض ما أطلقا عليه اجترارية طفولية، أو إنطواء ذاتى طفولى Infantile autism ، يشير كل من (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩١ : ١٧١٩) إلى أن هذا الإضطراب يتميز بما يأتى :

أ ـ نقص منتشر فى الاستجابة للآخرين (عدم الاهتمام، الفشل فى الاستجابة لمحاولات التدليل، نقص الانتباه إلى الآخرين والتقاء عينيه بعيونهم، اللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة) .

ب ـ تضرر عملية نمو التواصل الذى يتدرج من الغياب الكامل للغة كأداة اتصال إلى القواعد اللغوية الفجة والببغائية Echolalia وعكس ضميرى " أنا " و " أنت " فى الاستخدام وعدم القدرة على تسمية الأشياء واللغة الاستعمارية الخاصة .

جـ ـ سلوك شاذ مثل المقاومة حتى لأى قدر قليل من التغيير والتعلق الشديد باشياء معينة (مثل قطعة من الدوبارة أو سير من الجلد) والأعمال الطقوسية مثل التصفيق بالأيدى أو الحملقة فى الأشياء الاسطوانية

والدوارة . ويميز معظم الباحثين بين هذه الحال والحال الفصامية . وتسمى أيضاً هذه الحالة مرض " كانر" Kanner's Disease أو زملة كانر Kanner's Syndrome .

وهناك من الباحثين من يرى أن تشخيص الذاتوية ' اعاقة التوحد ' كاضطراب نمائي يبدأ بالتعرف على أعراض الاضطراب (أو مظاهره) سواء ظهرت كلها أو بعضها، حسب كل حالة على إنفراد . ولذلك يشير بعض الباحثين إلى هذه الأعراض على النحو التالى : (على سبيل المثال : رمضان القذافي، ١٩٩٤: ١٦٠ ـ ١٦٣) :

(أ) اضطراب الكلام أو عدم الكلام مطلقاً، وفى هذه الحالة يكون الأطفال عديمى الكلام، وإذا ما تكلموا، فإن كلامهم يبدو غريباً وغير مفهوم أحياناً . ولا يعمل الأطفال الاجتراريون عادة علىمحاكاة غيرهم أو تقليدهم فى الكلام، مثلما يفعل نظراؤهم من الأطفال الأسوياء .

(ب) ابتعاد الأطفال عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيرهم، وعدم الرغبة فى صحبة الآخرين، أو تلقى الحب والعطف منهم . وأهم ما يلاحظ فى هذا الصدد هو عدم إستجابة الأطفال لانفعالات الوالدين أو مبادلتهم نفس المشاعر، وعدم الإستجابة لما يصل إليهم من مثيرات عن طريق غيرهم من البشر . ويظل الطفل معظم وقته ساكناً لا يطلب من أحدٍ الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون للأشياء دون الناس، كما أنه يرفض الملاطفة والملاعبة ويعمل على تجنبهما .

(جـ) ظهور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعى ذلك، وبحيث يبدو كأنه غير قادر على إظهار أى من الانفعالات الأخرى بشكل مميز تبعاً لما يستدعيه الموقف .

(د) اضطراب النمو العقلى للطفل فى بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحياناً فى مجالات أخرى . ويبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية عالية، حيث يتوصلون تلقائياً إلىمعرفة طرق الإنارة، وتشغيل الأقفال، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين . وقد يبدى بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية فى العزف وفى استخدام الأدوات الموسيقية .

(هـ) اظهار الطفل للسلوك النمطى المتصف بالتكرار، وبخاصة فى اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة، أو تحريك الجسم بشكل معين، وبدون توقف دون شعور بالملل أو الإعياء . ونظراً إلى إتجاه الأطفال للعب

بالأشياء، فقد يستغرقون فى تكرار عمل الأشياء نفسها بشكل متكرر دون كلل .

(و) كثرة الحركة، أو ميل الأطفال إلى الجمود وعدم الحركة، فقد نجد بعض هؤلاء الأطفال كثيرى الحركة ولا يميلون إلى السكون، بينما يبقى بعضهم الأخر فى حالة عزلة عن العالم حسياً وحركياً .

(ز) عدم الاحساس الظاهر بالألم، وعدم تقدير هؤلاء الأطفال للمخاطر التى يتعرضون لها والتى يعيدون التعرض لها المرة تلو المرة، علىالرغم من الأضرار التى قد تلحقهم أو الإيذاء الذى يصيبهم .

(ح) ظهور الأطفال بمظهر الاختلاف عن الأطفال الآخرين مع سرعة الإنفعال، فى حالة تدخل أحد فى شؤونهم، وشدة غضبهم الذى يظهر فجأة . وتبدو هذه الصورة بوضوح فى حالات الأطفال الذين لم يتعدوا خمس سنوات من عمرهم على وجه الخصوص .

(ط) الميل إلى الاستجابة بشكل غير طبيعى، لبعض المثيرات، بحيث يبدو الطفل وكأنه مصاب بالصمم أحياناً، بينما قد يعمل على الاستجابة لبعض الأصوات بشيئ من المغالاة، أحياناً أخرى . ويبدو واضحاً أن هؤلاء الأطفال يكرهون سماع بعض الأصوات فىنفس الوقت الذى لا يستجيبون فيه لغيرها من الأصوات .

وترى " كريستين مايلز" (١٩٩٤ : ١٨٥ - ١٨٦) أن الطفل المصاب بـ " التوحد " يمكن التعرف عليه لأنه تبدو عليه كثير من السمات التالية :

١- لا يطور علاقات شخصية . ولا يستجيب الطفل الرضيع للحمل والاحتضان . ويتجنب الطفل الأكبر سناً فى العادة النظر فى وجه إنسان آخر، ويمتنع بشكل خاص عن إقامة الإتصال بالعين . وعندما يمسك للطفل التوحدى بإنسان آخر فكأنه يمسك بقطعة أثاث وليس بإنسان .

٢- لا يبدو عليه أنه يعرف بوجود هويّة شخصية أو ذات خاصة به . وكثيراً ما يحاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والإمساك بها، كما لو كانت أشياء جامدة، وإلى درجة إيذاء أنفسهم، وإذا تمكن هذا الطفل " التوحدى " من الكلام فإنه قد لا يدرك الفارق بين " أنا " و " أنت " و " هى " . إلخ .

٣- التعلق الاستحواذى " المأخوذ " بأشياء معينة . فقد يسعى الطفل إلى الإمساك بشيئ واحد دوما " كقطعة قماش أو كوب .. " ويشعر بالحزن الشديد إذا أخذ هذا الشيئ منه .

٤ـ يصبح شديد الحزن إذا تغيرت البيئة المحيطة به بأى طريقة كانت. مثلا : إذا نقل الأثاث من مواقعه المعتادة، أو إذا افتقد شيئا مألوفا لديه . وقد ينزع الطفل إذا جرى خرق الروتين، ولم يحافظ عليه بصرامة . وكثيرا ما تتطور عنده طقوس معينة كأن يطوى ملابسه بطريقةٍ معينة، وأن يصر على جلوس الناس فى أماكن معينة لتناول الطعام، وأن يغتسل بطريقة معينة، وقد يرفض الطفل أكل طعام غير مألوف لديه .

٥ـ يُظهر حزنه بنوبات غضب عنيفة أو بعض نفسه أو بحركات معينة، كالهز إلى الأمام والوراء، أوالقفز صعوداً وهبوطاً، أو الركض فى أرجاء الغرفة على أطراف أصابعه . وكثيرا ما لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه . وقد لا تجدى كل محاولات إراحة الطفل مما يعانيه .

٦ـ شذوذ الإدراك، فكثيرا ما يستجيب الأطفال " التوحديون " بطرق غريبة . وقد يبدون عاجزين عن سماع الأصوات العالية ولكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضة التى لا يسمعها الآخرون إلا بصعوبة . وقد يحب الطفل إمساك وتفحص أجسام دقيقة، كحبات الرمل أو بذور الأعشاب . ويبدو وكأنه لا يشعر بشيئ قد يسبب له الألم .

٧ـ عدم امتلاك ناصية اللغة، أو امتلاك القليل منها فقط . ويمكن للطفل الذى يملك بعض القدرة على الكلام، أن يكرر جملا قد سمعها قبل زمن . وقد يفتقر صوت الطفل إلى التعبير أو النغمة . وقد لا تفهم الضمائر الشخصية مثل " أنا " و " أنت " و .. إلخ حين ينطقها . . ولا يفهم الطفل الإيماءات ولا يستعملها فى العادة .

٨ـ قد يكتسب الطفل أوضاع أو طرق غريبة عندما يتحرك وقد يفتل الطفل خيطا أو يلعب بطريقة محددة بأى شيئ آخر .

٩ـ لا يلعب بطريقة تخيلية، فهو لا يستعلم اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (مثلا : قد يستعمل الطفل الدمى أو السيارات كمواد بناء بدلاً من استعمالها كـ " أطفال " أو كسيارات تسير على الطريق) .

١٠ـ على الرغم من كون بعض الأطفال " التوحديين " متخلفين عقلياً، فإن لدى بعض الآخرين " جزءا " من القدرة على حساب الأعداد بسرعة وبشكل صحيح . ويمكن للبعض الأخر، الذى لا يستطيع التكلم، أن يعبر عن مشاعره بكتابة الشعر، أو أن يمتلك قدرة موسيقية خارقة، أو أن يرسم بشكل عادى .

ويرى عثمان لبيب فراج (١٩٩٥ : ٢) أنه لما كان للتعرف على الأعراض الحقيقية لهذه الإعاقة أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم لها، ولما كانت بعض هذه الأعراض تتشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كالتخلف العقلي أو صعوبات و(إعاقات) التعلم، وربما أيضاً مع بعض أعراض الفصام الطفلي أو الاكتئاب، فإنه من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض آخذين في الاعتبار ما يلي :

(أ) أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من إعاقة " التوحد " بل قد يظهر بعضها في حالة معينة، ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى .

(ب) أنه قد يتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه العَرَض في الظهور، فقد يبدأ ظهور أعراض " التوحد " في بعض الحالات في خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد، ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العامين الثاني والثالث، أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل .

ويشير عثمان لبيب فراج (١٩٩٤ : ٥ ـ ٨) إلى ثمانية من أعراض الذاتوية " إعاقة التوحد " لا تختلف كثيراً عما ذكره من سبقه من الباحثين، وهذه الأعراض يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

١ـ **القصور الحسي** : إذ يبدو الطفل الإجتراري كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أى مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فإذا مر شخصٌ قريبٌ منه، وضحك او سعل أمامه أو نادى عليه، فإنه يبدو كما لو كان لم يَرَ أو يسمع أو أنه قد اصابه الصمم أو كف البصر . وما إن تزداد معرفتنا بالطفل، فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الإستجابة للمثيرات الخارجية . هذا وقد يؤدى الفشل في اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى إلى قصور في عمليات الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والاستيعاب وغيرها .

٢ـ **العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي** : حيث لا يتجاوب الطفل مع أية محاولة لإبداء العطف أو الحب له . وكثيراً ما يشكو أبواه من عدم إكتراثه أو عدم إستجابته لمحاولاتهما تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته، بل وربما لا يجدان منه إهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه . وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما . وقد تمضي ساعات طويلة، وهو في وحدته، لا يهتم بالخروج من عزلته،

أو تواجد الآخرين معه . ومن النادر أن يبدى عاطفةً نحو الآخرين، بل تنقصه فى كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية .

وفى حين نجد أن الطفل السليم العادى يستطيع أن يتعرف على أمه ويميزها عن غيرها من الكبار، ويتهلل وجهه ويهز يديه ورجليه فرحاً عندما تقبل عليه أمه لحمله فى مرحلة مبكرة من عمره قبل الشهر السادس، وقبل أن يتعلم الكلام، ويكتسب أى رصيد لغوى، وبينما نجده يبكى إذا تركته أمه أو نهرته لأى سبب من الأسباب، أو بمعنى آخر فإننا نجد فى حالة الطفل غير المعاق قدرة على الإتصال والتعبير والتفهم العاطفى والانفعالى فى سن مبكر قبل تعلم الكلام، بينما نجد العكس فى حالة الطفل الذى يعانى من إعاقة التوحد، حيث تغيب هذه القدرة على الإتصال، وعلى تبادل الأحاسيس والانفعالات وتفهمها والتعبير عنها . وبينما تلتقى عينىّ الطفل العادى مع عينىّ الأم ويتبادلان النظرات بدءاً من الطفولة المبكرة، فإننا نجد الطفل الذى يعانى التوحد لا يتبادل النظر مع أىٍّ من الكبار أو الصغار من حوله، ولا حتى مع أمه أو أبيه لجذب انتباهه أو متابعته أثناء الحديث . (عثمان فراج، ١٩٩٥ : ٤) .

٣ـ <u>الإندماج الطويل فى سلوك نمطى متكرر</u> : فكثيرا ما يقوم الطفل الإجترارى لفترات طويلة بأداء حركات معينة، يستمر فى أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة . كهزهزة رجليه أو جسمه أو رأسه، أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى، أو تكرار إصدار نغمة أوصوت، أو همهمة بشكل متكرر . وقد يمضى الساعات محملقاً فى اتجاه معين، أو نحو مصدر الضوء، أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو ساعة تدق، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين، بل هى فى واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهى بشكل مفاجئ تلقائى، ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالى الخاص ورغبة قلقة متسلطة فى البقاء طويلا على حالته كما هى.

٤ـ <u>نوبات الغضب أو إيذاء الذات</u> : وبالرغم من أن الطفل الاجترارى قد يمضى ساعات طويلة مستغرقاً فى أداء حركات نمطية أو منطويا على نفسه، لا يكاد يشعر بما يجرى حوله، فإنه أحيانا ما يثور فى سلوك

عدوانى موجه نحو واحدٍ أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته أو تأهيله . ويتميز هذا السلوك العدوانى بالبدائية كالعض والخدش (الخربشة) والرفس . وقد تشكل عدوانيته إزعاجاً مستمراً لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة أو فى شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة او سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنماط السلوك التى تزعج الأبوين اللذين يقفان أمامها حائرين . وكثيراً ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه، حتى يدمى نفسه، أو بضرب رأسه فى الحائط، أو بعض الأثاث بما يؤدى إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام، أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه .

٥- **القصور اللغوى والعجز عن التواصل** : فكثيرا ما يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعانى من الصمم وبالتالى البكم[1] Mutism ، بينما تثبت الملاحظة الطويلة أن الطفل، رغم أن الأصوات العالية قد لا تثير استجابة لديه، فإنه يمكن أن يسمع حفيف الريح أو ورق الجريدة أو أوراق الألومنيوم، التى تغلف قطعة الشيكولاته . وعلى هذا لا يكون عدم تجاوبه نتيجة صمم ولكن نتيجة عدم قدرته على تفهم الرموز اللغوية، وماهو مفروض أن تنقله إليه من معانى، وبالتالى — كما هو الحال فى معظم حالات الأطفال الإجتراريين — لا يمكن أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته بل يصدر أصواتاً ليست ذات معنى أو همهمة غير مفهومة . وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم، نجده نادراً ما يفهم ما يقول، وإذا قال شيئاً فإنه يكون إعادة أو صدى لما يوجه إليه من كلام، فإذا سألته ما إسمك ؟ فإنه يردد نفس السؤال ما إسمك ؟ بشكل ترجيعى Echolatic، وبنفس شدة الصوت والنغمة التى توجه بها السؤال إليه . وفى بعض الأحيان قد يتأخر الرد على السؤال أو يبدأ الطفل بترديد العبارة أو السؤال بعد ساعات من سماعه، أو حتى بعد مرور يوم أو أكثر .

---

[1] الخرس، البكم Mutism : هو عدم القدرة على الكلام التى يُعزى إلى عيب جسمى، كما هو الحال فى الخرس الناتج عن الصمم أو بسبب التوقف فى نمو الأعضاء اللازمة والمشاركة فى عملية الكلام (لمزيد من التفاصيل يمكن الرجوع إلى جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٢، الجزء الخامس، ص ٢٣٠٧) .

وقد يقتصر كلامه على استخدم بضع كلمات ولا يستخدم الكلمة أو الجملة الصحيحة في مكانها المناسب وغالبا ما يفشل في تركيب جمل ذات معنى أو استخدام الكلمة في المكان المناسب . كما يعاني من عجز في الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة ومع هذا القصور اللغوى فإنه يبدو أن لبعض هؤلاء الأطفال ذاكرة قوية (عثمان فراج، ١٩٩٥ : ٥)، حيث لوحظ أن بعضاً منهم يردد جملة أو كلمة أو لحناً موسيقياً مما يسمعه أثناء مشاهدته للتليفزيون في فترة سابقة مستعملاً نفس الألفاظ بشكل حرفي، وعدم قبول أية مرادفات أو مختلف دلالات نفس المعنى أو العبارة . وكثيرا ما يلاحظ أن الطفل الاجترارى يستخدم الضمائر مقلوبة أو معكوسة كالإشارة إلى نفسه بضمير " أنت " وللشخص الذى يخاطبه بضمير " أنا " وكثيرا ما يتفوه بألفاظ لا معنى لها أو بلهاء Utterances ، وهو كثير الحدوث ممثلاً في الحقيقة تحولات خاصة ومجازية داخل النفس . وقد يعمم الطفل وصفاً لشيئ معين، فيصف مثلاً أى كتاب يراه على أنه " حكاية الشاطر حسن " أو أى زجاجة يراها على أنها " زجاجة بيبسي كولا " لمجرد أنه في موقف سابق، كان قد سمع هذا الوصف أو ذاك مرة واحدة في الماضى لكتاب يحكى قصة الشاطر حسن أو زجاجة كان بها " بيبسى كولا " .

٦- **التفكير الإجترارى المنكب على الذات** : يتميز الطفل الاجترارى Autistic child بالإجترار المستمر والذى تحكمه أهواء أو حاجات أو رغبات النفس . ويبعده هذا التفكير عن الواقعية التى تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة به، فهو يدرك العالم المحيط به في حدود الرغبات والحاجات الشخصية، فكل ما يشد إنتباهه هو الإنشغال المفرط برغباته وأفكاره وتخيلاته دون أى مبالاة أو إحساس بالآخرين والرفض لكل ما حوله؛ فهو يعيش فقط في عالمه الخاص في توحد وعجز عن الإتصال بالآخرين أو النجاح في إقامة علاقة معهم .

كما قد يمضى من الوقت ساعات وساعات غارقاً في ذاته غير شاعر ولا ملتفت إلى ما يجرى حوله، لا يميز بين شخص وآخر، ويصر على أن يترك وشأنه وحيداً وقد يثور ويتهور إذا حاول أحد تغيير هذا الوضع الذى قد يستمر لساعات طويلة فهو دائما منغلق على ذاته .

٧- **قصور في السلوك التوافقي** : وبالرغم من أننا لو أستعرضنا الأنماط السلوكية التي ذكرناها سابقاً - وقد تبدو في شكل غريب لو وضعت جنباً إلى جنب، إلا أن هناك ما هو الأغرب منها وهو قصور الطفل الاجتراري وعجزه في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداؤها الأطفال العاديين ممن هم في نفس سنه، ومستواه الاجتماعي والاقتصادي. ففي سن الخمس، والعشر سنوات من عمره، قد لا يستطيع الطفل الإجتراري أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل . وهو يعجز عن رعاية نفسه، أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو إرتداء ملابسه . وقد لا يهمه عند إعطائه لعبة أن يلعب بها، بل يسارع بوضعها في فمه، أو الطرق المستمر عليها بيده، أو أصابعه، وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي قد يتعرض لها .

٨- **الأفعال القسرية والطقوس النمطية** : غالباً ما يغضب أو يثور الطفل الإجتراري عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي، أو في المحيط الذي يعيش فيه . فمجرد تغيير الكوب الذي اعتاد شرب اللبن فيه أو تغيير ترتيب قطع الأثاث قد يدفعه إلى البكاء أو إندلاع ثورة غضب، حتى أسلوب مقابلته أو تحيته لا يحتمل تغييرها سواء بالشكل، بالزيادة أو النقصان، وقد يعاني نتيجة أي تغيير في أنماط حياته من وسواس عنيف أو قلق مزعج .
وكثيراً ما يندمج الطفل في سلوك نمطي، كما لو كان طقوساً مفروضة عليه كأن يحرك ذراعه بشكل معين يستمر عليه لفترات طويلة أو يطرق بيده على رأسه، أو أي جزء من جسمه أو يلف بجزعه أو بنصف جسمه الأعلى بشكل دائري، أو يدور حول نفسه أو حول طاولة أو مائدة في الغرفة، أو يجلس محملقاً في مروحة هواء تدور، ويظل دقائق أو ربما ساعات على مثل هذه الأوضاع أو غير ذلك من الأفعال القسرية والتي لا يحتمل إزعاجه أثناء قيامه بها .

وينقل عمر خليل (١٩٩٤: ٦٤) عن " وولف " (Wolf, 1988 : 576) أن الأطفال المصابين بالاضطراب التوحدي (الاجتراريين) يعانون من :
أولاً : عطب واضح في الإتصال التفاعلي بالآخرين .

ثانيا : عطب واضح في الإرتقاء اللغوي، وغالبا ما يردد الطفل الإجترارى الكلمات، ويعانى غالبا من عدم القدرة على استخدام الضمائر كأن يلقب الآخر بـ " أنا " ويلقب نفسه بـ " أنت " بالإضافة إلى عدم القدرة على التخيل وتقليد الآخرين .

ثالثا : ممارسة أنماط سلوكية نمطية .

وحدد " رويارز " (Roeyers, 1995 : 161 - 162) كيفية تشخيص أعراض مرض الذاتوية " اعاقة التوحد " على النحو التالى :

١ـ يبدأ قبل ثلاثين شهرا من عمر الطفل .
٢ـ افتقاد الإستجابة للآخرين .
٣ـ صعوبات في النمو اللغوى .
٤ـ مقاومة التغير .
٥ـ الإصرار على الروتين .
٦ـ الهلوسة أثناء النوم .
٧ـ قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي .
٨ـ ضعف في القدرة العقلية .
٩ـ صعوبات في فهم الانفعالات .
١٠ـ ترديد الكلمات .

ويضع شعلان (مرجع سابق: ١١٦ ـ ١١٩) أساسا لأعراض الذاتوية " اعاقة التوحد " يحدده في أن الطفل ـ بادئ ذي بدء ـ لا يستطيع تكوين علاقات ذات معنى مع الآخرين على غير حالات الفصام، حيث يكون الطفل قد كون علاقاته ثم انتكس . وهي أعراض وإن كانت تبدو جزءا من طبيعة الطفل، في شهوره الأولى ، إلا أنها مبالغ فيها، وهي على أية حال لا تشد الاهتمام إلا حينما يبدأ الطفل في النمو، ويتضح الفرق بينه وبين الأطفال الآخرين، بل على العكس، فإن ظهور هذه الأعراض في الشهور الأولى قد يأخذ صورة الهدوء المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنينة حينما يترك وحده كما أنه لا يخاف الغرباء وإن كان لا يصادقهم .

وتزداد الأعراض وضوحا بعد العام الأول، فالمفروض أن يبدأ الطفل في تعلم الكلام في هذه السن، إلا أن الطفل الإجترارى (الذاتوى) ينغلق على نفسه. ولا تظهر لديه حاجة إلى الإتصال بالآخرين، فيصبح استخدامه للغة

بالتالي غير ضروري، ومن ثم فإنه يتأخر في استخدام اللغة وذلك إذا تعلمها . فكثيراً ما تجد فيها مظاهر الاضطراب، كأن يكرر الطفل كلمات أو جمل، أو قد يردد ما يقال له (المصاداة) أو يكرر الكلمة النهائية في كل جملة . وقد يخلط بين معاني الكلمات، ويخطئ في تسمية الأشياء رغم أنه قد يتعرف على الأشياء ذاتها . ومع هذا فقد يجيد التعبير بوسائل أخرى غير منتظمة مثل الموسيقى والرسم .

وإذا كان الكلام يمثل جانباً من وسائل الإتصال بالآخرين فإن السمع يمثل جانباً آخر . وهنا أيضاً قد نجد مظاهر الإضطراب في انغلاق الطفل على ذاته بدرجة قد تجعله يبدو كما لو كان لا يسمع الآخرين، وتبدو استجابته للأصوات الأخرى غير الكلامية أفضل .

وينطبق هذا على وسائل الإدراك الأخرى مثل النظر واللمس والتذوق، فهو يميل إلى الخلط بين الشكل والأرضية، ويكاد يوزع نظره على الأشياء دون تركيز، فقد يرى أشياء على أطراف مجاله النظرى، وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء، وقد يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت (الرقص مثلاً) .

وعلى مستوى السلوك الحركي، نجد لدى الأطفال الإجتراريين، بعض الحركات الغريبة مثل لي الأصابع والأذرع، وكذلك الإهتزاز، وخبط الرأس، ولكن الغالب هو الحركات التي بواسطتها يبدو أن الطفل يسعى للتلامس مع بيئته والتعرف عليها، فهو لا يحس الأشياء والأشخاص إلا إذا تعامل معها جسدياً، وحركها، ورتبها ، وكذلك لا يطيق التجديد والتغيير .

في مجال المزاج، فإن البرود العاطفي هو العنصر المميّز، ولكننا قد نجد انفعالات مبالغاً فيها ولا تتفق مع الموقف، فقد يخاف الطفل الإجتراري لسبب تافه . ومع هذه الاضطرابات الإدراكية والحركية والمزاجية، فإن صورة الجسم لدى الطفل لابد وأن تتأثر .

وكذلك سوف يتأثر النمو وفي هذه الحالة قد ينمو الطفل في مجالات معينة، نستطيع أن نقول أنها الحالات التي يقل فيها العامل الإنساني، إذ أن علاقته بالأشياء تكون أفضل من علاقاته بالأشخاص .

ويمكن وصف السلوك المرتبط بهذه الاضطرابات، بأنه سلوك ذاتوي، وهو الإفراط في الإنطواء والأنعزال والضعف في العلاقات مع الآخرين .

ومن ناحية أخرى، نجد أن الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المُعدّل (DSM III- R) (١٩٨٧) يشير إلى محكات الذاتوية " اعاقة التوحد " على النحو التالي :
أن تنطابق على الأقل ثمانية أعراض من مجموعات الأعراض الثلاثة التالية، على أن توزع كالآتي : اثنين على الأقل من المجموعة (أ) وواحد من المجموعة (ب) وواحد من المجموعة (جـ)، وهذه المجموعات الثلاث هي كالآتي : ــ

المجموعة (أ) عطب واضح في التفاعل الاجتماعي يظهر في :
١ـ عجز واضح في مستوى الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين .
٢ـ بحث شاذ عن الراحة في أوقات الإنعصاب .
٣ـ قصور في التقليد .
٤ـ عدم وجود شذوذ في اللعب الاجتماعي .
٥ـ قصور واضح في القدرة على تكوين جماعات مرجعية أو أصدقاء .

المجموعة (ب) عطب واضح في الإتصال التخيلي ويظهر في :
١ـ عدم القدرة على الإتصال .
٢ـ شذوذ واضح في الإتصال غير اللفظي .
٣ـ غياب النشاط التخيلي .
٤ـ شذوذ واضح في الحصيلة اللغوية .
٥ـ شذوذ واضح في شكل ومضمون الكلام (مثل ترديد الكلام) .
٦ـ قصور واضح في القدرة المبادرة أو الإستمرار في الحديث .

المجموعة (جـ) محدودية الأنشطة والاهتمامات وتظهر في :
١ـ حركات جسمية نمطية .
٢ـ الإصرار على تحريك أو اللعب بأجزاء الأشياء (مثل تحريك عجل السيارة فقط) .
٣ـ توتر وانعصاب واضح عند حدوث أي تغير تافه في البيئة .
٤ـ إصرار غير منطقي علىالروتين اليومي .
٥ـ محدودية واضحة في الأهتمامات .

المجموعة (د) يظهر الاضطراب التوحدى (الاجترارى) خلال الطفولة المبكرة، أو الطفولة (خاصة بعد الشهر السادس والثلاثين من العمر، أى فى حوالى السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل) .

والخلاصة من كل ما سبق وإضافة إليه، هو أن النظرة الحالية ــ عند تشخيص الاجترارية ــ هى تلك التى ترى أن العجز الأساسى (القاعدى) ربما يكون عجزاً فى إستخدام، وفى ترجمة الخبرات والتجارب الحسية، خصوصاً ما يتعلق بالعجز المتصل بحاسة السمع، وحاسة البصر، وأنه ربما يكون ذلك العجز ناشئاً عن عيب موجود فى معالجة المخ The Brain's Processing للمعلومات الحسّية . وهناك إقتراح إضافى مفاده أن الصعوبة التى تظهر بصفةٍ خاصة عند البدء فى ترجمة وتأويل الرموز التى يمكن أن تفسر الصعوبات اللغوية بالإضافة إلى السمات العديدة الأخرى . فعلى سبيل المثال، نجد أن القصور فى العلاقات الإجتماعية ربما يكون ناشئاً فى جزء منه غيبة الفهم والإدراك بالنسبة لمعنى الرموز غير اللفظية مثل التعبيرات الوجهية[1] Facial Expressions ، والأفعال، والإيماءات .

كما أن لعب الأطفال الإجتراريين يكون يدوياً (تناولياً)، ويفتقر إلى عنصر الإيهام[2] The make believe الذى يميز لعب الأطفال العاديين (الأسوياء)، مما يوضح اخفاق هؤلاء الأطفال فى تنمية الوظيفة الرمزية

---

[1] [تعبير] وجهى Facial expression

[نـ]ـمط وجهى يدل على استجابة انفعالية أو اضطراب انفعالى . ولقد أجريت دراسات كثيرة عن معنى التعبيرات المختلفة، وعن التعرف على الانفعالات المختلفة من الصور التى التقطت فى مواقف مثيرة . وتدل ملاحظات أخرى على أن الظروف الجسمية تؤدى أحياناً إلى تعبيرات أو خصائص وجهية معينة . مثل التعبيرات التى تشبه القناع والتى تجدها عند مرض باركنسون أو الشلل الرعاش، وقد وجد أيضاً أن الوجه يمكن أن يكون مرآة للاضطراب الانفعالى أيضاً، مثل النظرة المتألمة المكروبة والتى نجدها عند المكتئب والتعبير عن الترفع عند بعض مرضى البرانويا (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى، ١٩٩٠، الجزء الثالث، ص ١٢٤٢) .

[2] لعب إيهامى The make-believe play

نمط من اللعب يسود فى الطفولة ـ والمبكرة خصوصاً ــ حيث يسمح نشاط اللعب للطفل بالتعبير الحر عن انفعالاته، بما فيها من مشاعر سلبية وعدوانية مبكوتة، فيسقطها على لعبه، وليس هناك ما يمنع من أن يعبر عن العدوانية والكراهية نحو هذه الألعاب بدون خوف من عقاب، أو بدون ممانعة من جانب الأنا الأعلى (جابر عبد الحميد وعلاء [الد]ين كفافى، ١٩٩٢، الجزء الخامس، ٢٠٤٧) .

Symbolic Function، تلك الوظيفة التي أوضحها " جان بياجيه " Jean Piaget على أنها تبزغ وتظهر من خلال السلوك الحسي الحركي في العام الثاني من حياة الطفل .

وهذه النظرة للأطفال الاجترارييين، والتي تتضمن أنهم يتسمون سلوكياً بتسعة سمات مميزة يمكن التعرف عليها لإعطاءنا نسقاً أكثر تكاملاً وأكثر معنى لهذه الزملة من الأعراض .

وعلى هذا النحو يمكن الخروج من المناقشة السابقة بأن العناصر الرئيسية للاجترارية هي : التجنب أو المبالغة في رد الفعل؛ للمثيرات السمعية والبصرية؛ والاهتمام الخاص بخبرات إدراكية معينة؛ ووجود اضطرابات وأنماط غريبة شاذة في الحديث واللغة . وأن هناك سلوك حركي غير عادي، ومقاومة للتغيير في البيئة، وتطرف في التعبير عن الانفعالات، وأيضاً في الحالة المزاجية؛ مما يمكن النظر إليه على أنه ردود أفعال تجاه العالم الذي لا يمكن فهمه أو إدراكه من قبل الأطفال الإجتراريين . وقد أعد " وينج " Wing (١٩٦٨) تقريراً للتعرف على زملة أعراض إضطراب الاجترارية .
(لمزيد من التفاصيل يمكن الرجوع إلى : Mittler, 1968) .



الفصل الثـالـث

الذاتويـة بين التحديد والتربيـة

- الذاتوية : المحددات والعوامل
- الذاتوية : وعلاقتها ببعض اضطرابات الطفولة
- تربية الأطفال الذاتويين وتعليمهم



الفصل الثالث : الذاتوية بين التحديد والتربية

الذاتوية "إعاقة التوحد" : المحددات والعوامل .

تعتبر " الذاتوية " من أكثر الإعاقات العقلية صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذى يعانى منها وقابليته للتعلم أو التنشئة الاجتماعية أو التدريب أو الإعداد المهنى أو تحقيق أى قدر من القدرة على العمل، أو تحقيق درجةٍ ولو بسيطة من الاستقلال الاجتماعى والاقتصادى أوالقدرة على حماية الذات؛ إلا بدرجة محدودة، وبالنسبة لعدد محدود من الأطفال .

كما أن هناك صعوبات أخرى ـ سبقت الإشارة إليها بشيئ من التفصيل ـ فيما يتعلق بالتشخيص أو التدخل لتعديل السلوك أو التأهيل الاجتماعى والمهنى . ويرجع هذا فى نظر العديد من الباحثين إلى أنه حتى الآن لم يحدث تعرُف كامل، أو اتفاق عام على العوامل المسببة لهذا النوع من الإعاقة : هل هى وراثية جينية، أو بيئية اجتماعية، أو بيوكيميائية، أو هى نتيجة عوامل عدة مجتمعة ؟ أم أنها لا ترجع إلى تلك العوامل ولكنها نتيجة عوامل مسببة أخرى، لا يزال العلم يجهلها تماما .

ويتفق رمضان القذافى (١٩٩٤: ١٦٣) مع ما ذهبنا إليه من أنه لم يتم بعد التوصل إلى تحديد العوامل المباشرة لحدوث الذاتوية " إعاقة التوحد "، ولذلك بقيت هذه العوامل غير معروفة إلا أن بعض الباحثين قد يرجع العوامل المؤدية إلى ظهور الأعراض إلى الاضطرابات العصبية كنتيجة للمشكلات المرتبطة بالتفاعلات الكيميائية الحيوية بالمخ، كما قد يرجعها البعض الآخر إلى أسباب بيئية، بينما ترى فئة ثالثة أن الأسباب تعود إلى العوامل المشتركة ما بين العصبية والبيئية .

ويرى أنصار العوامل البيئية أن الخبرات الاولى فى حياة الطفل تؤثر على نموه فى المراحل التالية، وأن الفشل فى إقامة علاقات مع الطفل قد يكون أحد الأسباب القوية للاضطراب وبخاصة المشكلات الإنفعالية التى ترتبط ارتباطا وثيقا بالعلاقة ما بين الطفل ووالديه فى مرحلة الطفولة المبكرة، مما يؤدى إلى إنسحاب الأطفال من البيئة الاجتماعية، وعزلتهم داخل أسوارهم الذاتية المغلقة فى وجوه الآخرين .

وهكذا يمكن القول أن الأطفال الإجترارييين غالبا ما تكون بيئاتهم أقل تفاعلية، وأكثر جمودا وانسحابية، وغير اجتماعية، مما يجعل الطفل شديد

الانطوائية، مما يؤدي لصعوبة أو عدم قدرة أو عدم رغبة في التفاعل مع الآخرين، وكنتيجة لأن الإشارات التي يصدرها الطفل غالبا ما تكون غير مستتبعة باستجابات، فإن ذلك يزيد من إحتمالية أن يكون الطفل عُصابياً، كنتيجة للاحباط المستمر الذي يتعرض له، وكنتيجة لاختلاط الإشارات والاستجابات الصحيحة عليه (عمر خليل، ١٩٩٤: ٦٦) .

أما أنصار العوامل المشتركة، فيرجعون أسباب الاضطراب إلى النتاج المشترك للاستعدادات الطبيعية الجسمية منها والوراثية، بالإضافة إلى مايحدث داخل محيط الأسرة مثل الصدمات والضغوط وعوامل الإحباط وغيرها . ويؤيد هذا الرأي ما نلاحظه من أن الأطفال المبتسرين[١]، والذين تعسرت ولادتهم، والذين تعرضوا لمضاعفات أمراض الحصبة، والأمراض المعدية، والذين أشرف على تربيتهم أباء مضطربون نفسياً أو عقلياً يكونون عرضة أكثر من غيرهم للإصابة بالاضطرابات الإنفعالية .

وفي هذا الصدد يؤكد محمود حمودة (١٩٩١ : ١٠٦) على وجود إعتقاد بأن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها تهيئ لحدوث الاضطراب، ويضرب أمثلة لذلك من قبيل إصابة الأم بالحصبة الألمانية (الروبيلا) Rubella، والحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا[٢]، والتصلب الحدبي (الدرني) [٣] Tuberus Selerosis،

---

[١] ..فال المبتسرون :هم الأطفال الذين يولدون قبل مرور شهور الحمل كاملة، وأخطر الو..دات كما هو معروف ما يتم قبل مرور سبعة أشهر، فقد يترتب على هذه الولادة اضطراب في نمو الطفل لواحدٍ من الأسباب التالية :

(أ) أن هذا النوع من الأطفال يكونون موضع الرعاية والحماية الزائدة من الوالدين بحجة أن الولادة كانت مبتسرة . وهذه الحماية قد يترتب عليها ـ بدورها ـ حجب الطفل عن كثير من الخبرات العقلية والاجتماعية، أو التدريب على مواجهة المشكلات المختلفة، كذلك قد ينمي ذلك لديهم نوعاً من الإتكالية التي تؤخر نموهم العقلي والاجتماعي .

(ب) قد لا يتحقق لمثل هؤلاء المواليد درجة كافية من نضج المخ، ولذلك قد يولد عدد كبير منهم ونسبة ذكائه أقل من المعتاد، بسبب عدم إكتمال انقسام خلايا المخ أو بسبب عدم اكتمال حجم هذه الخلايا (عماد اسماعيل ومحمد غالي، ١٩٨١: ٢٣٢ ـ ٢٣٣).

[٢] فينيل كيتونوريا Phenylketonuria

مرض أيضي موروث ينتقل كسمة متنحية، وتتميز بنقص في الأنزيم (الخميرة) المتطلب للاستفادة من الحمض الأميني فينيل ألانين Phenylalanine وإذا لم يعالج المرض وقت مبكر بنظام غذائي دقيق يتضمن جرعات مقننة من الفينيل الانين، فإن هذا

والاختناق أثناء الولادة، والتهاب الدماغ، وتشنجات الرضع Infantile [1] Spasms .

كما أكدت الدراسات من ناحية ثانية أن مضاعفات قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الإجتراريين من غيرهم من الأسوياء أو حتي المصابين باضطرابات أخرى، كما أن ملاحظة أوجه شذوذ أخرى خلقية طفيفة عضوية لدى الاجتراريين أكثر من أشقائهم، ومن أقرانهم الأسوياء يشير إلى مضاعفات هامة قد حدثت للحمل في الشهور الثلاثة الأولى ـ وقد رصدت الدراسات أن نسبة تتراوح بين ٤ ــ ٣٢ ٪ من الأطفال الاجتراريين سوف يحدث لهم نوبات صرعية كبرى في وقتٍ ما من حياتهم، وأن حوالى (٢٠ ـ ٢٥٪) من الأطفال الإجتراريين يظهرون إتساعاً في البطينات الدماغية في تصوير الدماغ المقطعي باستخدام الكومبيوتر، ولوحظت شذوذات متفاوتة لتخطيط الدماغ الكهربائي في نسبة ١٠ ــ ٨٣٪ من الأطفال الإجتراريين، وبرغم أنه لا توجد شذوذات محددة للإجترارية في رسم أو تخطيط الدماغ الكهربائي، فإن هناك برهان بدرجةٍ ما على فشل سيطرة أحد جانبي كرة المخ على الآخر Failure of Cerebral Lateralization .

المرض يؤدى إلى تخلف عقلي شديد واضطرابات أخرى في الجهاز العصبي . ومعظم المرضى بهذا المرض الذين لم يعالجوا لديهم نسبة ذكاء أقل من ٢٠ . ويعرف المرض إختصاراً بالأحرف P.K.U (جابر عبد الحميد، علاء كفافي، ١٩٩٣، الجزء السادس : ٢٧٦١) .

[٢] التصلب الدرنى Tuberous Sclerosis

اضطراب ولادى ينتقل كسمة صبغية سائدة، يتميز بوجود ورم غدى دهنى Adenoma Sebaceum، والتخلف العقلي والتشنجات . وربما تشمل أوجه الشذوذ الأخرى الأورام المخية واضطرابات الرؤية والبقع البيضاء الكبيرة المتعددة على الجلد عند الميلاد، وكثير من المرضى لديهم ذكاء متوسط، ولكن نسبة الذكاء تميل إلى الإنحدار مع التقدم في السن، وتسمى أيضاً Epiloia أو مرض بورنيفيل Bourneville's disease (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٩٦، الجزء الثامن، ص ص ٤٠٣٧ ـ ٤٠٣٨) .

[١] تشنجات الرُضَّع Infantile Spasms

مصطلح يعادل مصطلح " زملة ويست " West's Syndrome وهو إضطراب نيرولوجى تقدمى يؤثر في الأطفال الصغار، ويتسم بتشنجات وتأخر عقلي . وتتضمن التشنجات الرقبة والجذع والأطراف ويحدث إنثناء في الساعدين وإيماءة الرأس، كما في حركة الإنثناء . وللمصطلح اسم ثالث هو Salaam convulsions . (جابر عبد الحميد، وعلاء كفافى، المرجع السابق، ٤٢٠٦) .

ومما يلاحظ أنه على الرغم من معاناة الطفل الإجترارى من المشكلات التي تتعلق بالجانب العقلي من جوانب نموه والتي قد تحول بينه، وبين إقامة علاقات وروابط مع الآخرين، أو استخدام اللغة والرموز، أو ممارسة نشاطات اللعب الابتكارية، فإننا نجد لدى هذا الطفل، من جهة أخرى، بعض المهارات الإيجابية مثل سهولة استخدام اليدين فيممارسة الأعمال التي تتطلب حركات دقيقة أو تنسيقاً عصبياً مع العين واليد، بالإضافة إلى التمتع بذاكرة قوية، وخاصة في المواد التي تتطلب الحفظ والاستظهار .

وبينما يرى كثير من الأطباء الذين تابعوا دراسة حالات هذا الإضطراب أن السبب يعود إلى اضطراب عضوى يصيب بعض مراكز المخ، مما يؤدى إلى الإخلال بوظائف تلك المراكز، خاصة في مجالات الإدراك والتوافق الحركي، فقد أشار بعض الباحثين (روتر وآخرون، Rutter, M et al.) إلى أن أكثر المصابين بهذاالإضطراب يصبحون متوسطي الذكاء أو عاديين في نسب ذكائهم عندما يصلون إلى سن الشباب . حيث يتخلصون من اضطرابات التفكير والاضطرابات الذهانية، وتتحسن لغتهم، كما تعود إليهم إهتماماتهم بالعلاقات الإجتماعية ما عدا مشكلاتهم الاجتماعية التي تظل موجودة . غير أن هناك باحثين آخرين منهم (كلارك Clark, Matt) وغيره .. يرون أن اضطراب الذاتوية " إعاقة التوحد " يرجع إلى أسباب عصبيــة وأن ٧٥ بالمائة من المصابين به يبقون متخلفين ويعانون منه طوال حياتهم (القذافي، مرجع سابق : ١٦٤) .

وبالإضافة إلى ذلك، هناك من يرجع هذا الإضطراب إلى الضعف في "الكروموزوم إكس " الهش Fragile x Chromosome[1] ويرى أنه المسؤول عن حدوث هذا الخلل في الناحية العقلية ويؤدى إلى مرض الذاتوية " إعاقة التوحد "، ويظهر ذلك في ٥٪ إلى ١٦٪ من حالات الذاتوية " إعاقة التوحد " . وقد يفسر لنا ذلك إنتشار الذاتوية " إعاقة التوحد " لدى الذكور أكثر من الإناث . ثم أن هناك سبب آخر وهو التحجر (التصلب) في بعض الخلايا

---

(١) عيب وراثي يؤثر في النسل من الذكور، يكون مصحوباً بتأخر عقلي ويطلق هذا اللفظ على الاضطراب بسبب قابلية الذراع الطويلة للكروموسوم x للكسر عندما يكون العيب موجوداً . وهذا الكروموسوم هو ثاني الأسباب شيوعاً بعد زملة " داون " للتأخر العقلي بين الذكور ويسمى أيضاً زملة الصبغ x الهش . Fragile x Syndrome (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩٠: الجزء الثالث، ص ١٣٢٨) .

الداخلية Sclerosis Tuberous والتى تتحول إلى الجين المسيطر على الناحية العقلية، وربما يؤدى ذلك إلى حدوث ٥٪ من حالات الذاتوية " إعاقة التوحد " (Nelson & Israel; 1991; El Khattab, 1993) .

والبعض من الباحثين قد يرجع الذاتوية " إعاقة التوحد " إلى عوامل جينية Genetic فقد لوحظ أن حوالى ٢٪ من أشقاء الأطفال الاجتراريين يصابون بالذاتوية " إعاقة التوحد "، بمعدل ٥٠ مرة أكثر من عامة الناس، وأن تطابق معدل حدوث الذاتوية " إعاقة التوحد " فى التوائم المتماثلة هو ٣٥٪ بينما هو فى التوائم غير المتماثلة يحدث بمعدل يساوى صفراً .

كما ينسب ــ من ناحية ثانية ــ الفضل إلى " أسبرجر " (١٩٤٤) Asperger فى وضع التفسير السيكولوجى لمرض الذاتوية " إعاقة التوحد "، ولذلك سميت أعراضها، بزملة أسبرجر Asberger Syndrome، فقد أوضح أن الذاتوية " إعاقة التوحد " تتميز بزملة أعراض سلوكية . وفى دراسة لكل من " كانر " (أول من كتب عنها كما سبقت الإشارة) و " ايزنبرج" (١٩٥٦) Eisenberg and Kanner عن الآباء الباردين [1] Refrigerator Parents أوضحا فيها أن رفض الوالدين لسلوك الطفل فى البداية يؤدى إلى إنسحاب الطفل وهروبه، حيث أكدا أن الوالدين لا يرغبان فى وجود هذا الطفل، فى حين أكد " كولفين " (١٩٧١) Kolvin أن التوحد (الذاتوية " إعاقة التوحد ") يعتبر من الاضطرابات النفسية فى الطفولة ولا يرتبط بالنواحى البيولوجية، ويحدث فى الطفولة المبكرة منذ الميلاد وحتى سن عام أو عامين ونصف (إسماعيل بدر، ١٩٩٧: ٧٣٦ ـ ٧٣٧) .

وختاماً لهذه النقطة، هناك من يرى أن العلماء لا يزالون مختلفين فى تحديد أسباب الأوتيزم (عبد المنان معمور، ١٩٩٧: ٤٣٨) غير أن هناك ثلاث وجهات نظر ـ ظهرت فى السنوات الأخيرة ـ تبين هذه الأسباب وذلك على النحو التالى :

---

[1] الآباء الباردون هو التعبير الذى أطلقه " كانر " Kanner ليصف آباء الأطفال الإجتراريين والذين يُعتقد (وغالباً ما يكون هذا إعتقاد خاطئ) أنهم باردين أذكياء، وغير مهتمين نسبياً بإثارة أبنائهم (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٥، الجزء الخامس، ص ٣٢١٩) .

١- **أسباب إجتماعية :**

يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن الذاتوية " إعاقة التوحد " (التوحدية) ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه، وعدم إحساسه بعاطفتهم، بالإضافة إلى وجدو بعض المشكلات الأسرية، وهذا يؤدى إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسرى، وانطوائه على نفسه، وبالتالى تظهر عليه أعراض الأوتيزم، ومن الذين يتبنون هذه النظرة " بوتمان وسيوريك " (Bootman & Szurek, 1960) .

٢- **أسباب نفسية :**

يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن الذاتوية " إعاقة التوحد " (التوحدية) سببها الإصابة بمرض الفصام، الذى يصيب الأطفال فى مرحلة الطفولة، وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض، لكى تظهر أعراضه كاملة فى مرحلة المراهقة، ومن الذين يتبنون هذه النظرة " سينجر ووينمى " (Singer & Wynme, 1963) .

٣- **أسباب إدراكية :**

يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن الذاتوية " إعاقة التوحد " (التوحدية) سببها اضطراب إدراكى نمائى، حيث أشارت بعض الدراسات (على سبيل المثال : دراسة " آلن وآخرون، (Allen, et al., 1991) أن الأطفال الإجتراريين لديهم انخفاض فى نشاط القدرات العقلية المختلفة والتى ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك بالإضافة إلى اضطراب اللغة .

- **الذاتوية " إعاقة التوحد " وعلاقتها ببعض اضطرابات الطفولة :**

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص الذاتوية " إعاقة التوحد " يشيرون دائماً إلى قضية تشابه السلوك المرتبط بها، واضطرابات أخرى، ويهمنا فى هذه النقطة أن نشير إلى العلاقة بين الذاتوية " إعاقة التوحد " وكل من الإعاقة العقلية وفصام الطفولة، واضطرابات التواصل، والاضطرابات السمعية - البصرية . وذلك على النحو التالى :

(أ) **الذاتوية " إعاقة التوحد " فى علاقتها بالإعاقة العقلية :**

عندما اقترح " كانر " Kanner محكاته لتشخيص الذاتوية " إعاقة التوحد "، أشار إلى أن الأطفال الإجتراريين لديهم قدرات معرفية جيدة، وعلى هذا الأساس استبعد أن يكون هؤلاء الأطفال من المعاقين عقلياً .

غير أن بعض الباحثين خالفوه في هذا الذي ذهب إليه ، حيث أشار كل من " ريتفو " و" فريمان " إلى أن حوالى ٧٥٪ من الأطفال الإجتراريين قدرتهم العقلية فى حدود التخلف العقلى . ومع أن الأداء الوظيفى بشكل عام لدى الأطفال الإجتراريين المعاقين عقلياً ، والأطفال المعاقين عقلياً هو أداء متشابه . إلا أنه ـ أى الأداء فى الإعاقةالعقلية ـ يكون منخفضاً ومتساوياً فى جوانبه، ولكن الأطفال الإجتراريين المعاقين عقلياً، لا يكون أداءهم متساو إذ يلاحظ عليهم ارتفاع الأداء فى المهام التى تتطلب ذاكرة قصيرة المدى، أو تلك التى تتطلب مهارة ما فى الأداء الحركى، فى حين يصلون إلى أقل أداء لهم فى المهام اللفظية .

وربما يمكن القول أن الخلط بين أعراض الذاتوية " إعاقة التوحد " ومظاهر الإعاقة العقلية، يرجع إلى حقيقة مؤداها أن بعض مظاهر الإعاقة تشبه بعض السلوكيات التى قد يظهرها الأطفال الإجتراريين . وهنا يمكن الإشارة إلى عدد من النقاط التى ينفرد بها التوحد ويتميز بها ـ بالتالى ـ عن الإعاقة العقلية ، وذلك على النحو التالى :

(١) الأطفال المعاقون عقلياً يكونون متعلقين بالآخرين، ولديهم ـ إلى حدٍ ما ـ بعض الوعى الاجتماعى، فى حين يختفى سلوك التعلق تماماً لدى الأطفال الاجتراريين بالرغم من تمتعهم بمستوى ذكاء متوسط .

(٢) الأطفال الاجتراريين لديهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية، وخاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركى، والبصرى، كما أنهم يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين، فى حين لا يتمتع الأطفال المعاقين عقلياً بمثل هذه القدرات أو المهارات .

(٣) يتباين الأطفال الإجتراريون والأطفال المعاقون عقلياً من حيث النمو اللغوى والقدرة على التواصل، وذلك من حيث مقدار ومدى استخدام اللغة فى التواصل، فالمعاقين عقلياً لديهم قدرة لغوية واستخداماتهم للغة تتناسب مع مستوى ذكاءهم، فى حين أن الأطفال الاجتراريين المعاقين عقلياً قد ينعدم وجود اللغة لديهم وحتى لو وجدت فإن استخدامها يكون شاذاً .

(٤) الأطفال الإجتراريون يعانون من عيوب جسمية بنسب أقل بكثير من تلك التى يعانى منها الأطفال المعاقين عقلياً . وهذا يؤيد قول " كانر " من أن الأطفال الاجتراريين أكثر جاذبية من الناحية الجسمية .

(٥) الأطفال الاجترارين قد يبدون بعض المهارات الخاصة، مثل التذكر، عزف الموسيقى، ممارسة بعض ألوان الفنون .. إلخ ، في حين لا يتمتع الأطفال المعاقون عقلياً بأية مهارة من التي ذكرت .

(٦) يتضمن سلوك الأطفال الاجتراريين بعض السلوكيات النمطية الشائعة مثل حركات الذراع واليد أمام العينين، وكذلك الحركات الكبيرة مثل التأرجح . في حين يختلف السلوك النمطي الذي يظهره الأطفال المعاقين عقلياً عن نظيره لدى الإجتراريين (البلشة، ١٩٩٤، Rutter & Schopler, 1978 ، القريوتي وآخرون، ١٩٩٥: ٣٧١ ـ ٣٧٢) .

ويلخّص محمود حمودة (١٩٩١ : ١٠٥) علاقة الذاتوية " إعاقة التوحد " بالإعاقة العقلية في قوله أنه غالباً ما تتواجد الإعاقة العقلية مع الذاتوية " إعاقة التوحد " وترتبط بها، ولكن المعاقين عقلياً حتى في الدرجات الشديدة، لا تتوفر لديهم الملامح الكلينيكية للاضطرابات مشوهة النمو، فالمعاقين عقلياً إجتماعيين ويمكنهم التواصل حتى دون ألفاظ، إذا لم تكن لديهم القدرة على الكلام، حيث يكون السرور والإهتمام في الاقتراب الاجتماعي واضحاً خلال التواصل معهم بالعين وتعبيرات الوجه وحركات الجسم .

(ب) **<u>الذاتوية " إعاقة التوحد " في علاقتها بفصام الطفولة</u>** :

كانت البداية في التعرف على اضطراب الذاتوية " إعاقة التوحد " هي استخدام أعراضه كأحد الأعراض الرئيسية في اضطراب الفصام، الإنسحاب، أو الشعور بالوحدة النفسية، وعلى هذا الأساس كان افتراض حدوث خلط بين أعراض الاضطرابين أمرٌ وارد ولذلك لم يكن من المستغرب أن يرادف بعض الباحثين بين المصطلحين ويستخدمونهما بشكل تبادلي (بمعنى أن الاجتراري هو الشخص الفصامي والعكس) .

ويتعدد الدراسات فيمجال الذاتوية " إعاقة التوحد "، أمكن الوقوف على أوجه التفريق بينهما . وهذه الفروق يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

١ـ الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، في حين أن الاجتراريين ليس بامكانهم ذلك .

٢ـ الأطفال الإجتراريون لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة، بينما الأطفال الفصاميون

بإمكانهم إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وعلاقتهم بصفة عامة مع البيئة قلقة ومشوشة .

٣ـ الأطفال (الأشخاص) الفصاميون يعانون ـ في الغالب من الهلاوس والأوهام وفقدان ترابط الكلام، وهذه الأعراض لا يعاني منها الأطفال الاجترايون .

٤ـ هناك اختلاف في بداية الاصابة بالاضطرابين، فعلى حين تبدأ أعراض الذاتوية " إعاقة التوحد " في الظهور قبل الشهر الثلاثين ـ كما سبق أن ذكرنا ـ فإن أعراض الفصام في المقابل من ذلك تظهر عادة في بداية المراهقة أو في عمر متأخر في الطفولة . ولأنه لايمكن أن تحدث الذاتوية " إعاقة التوحد " قبل الشهر الثلاثين من عمر الطفل، فإن بداية الاضطراب هي أفضل عامل للتمييز بين الذاتوية " إعاقة التوحد " والفصام .

٥ـ فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في الإصابة بالاضطرابات، تشير نتائج الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بين الذكور إلى الإناث في الذاتوية " إعاقة التوحد " هي تقريباً ٤ : ١ ، في حين يتساوى الذكور والإناث في نسب الإصابة بالفصام، فضلاً عن أن الجينات قد تفسر الفصام أكثر من تفسيرها الذاتوية " إعاقة التوحد " .

ويلخص محمود حمودة (١٩٩١ : ١٠٥) العلاقة بين الفصام والذاتوية " إعاقة التوحد " في أن الإصابة بالفصام نادرة ما تحدث في الطفولة، غير أن المصابين بالذاتوية " إعاقة التوحد " قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام (مثل : العزلة الإجتماعية، والانسحاب، والسلوك مفرط الغرابة، والوجدان المتبلد غير المناسب وغرابة اللغة، والآلية المتكررة للأفعال) وفي حالة وجود دلالات تشخص إضطراب الذاتوية " إعاقة التوحد " فإن تشخيص الفصام كمصاحب يجب يجب أن يتم فقط في حالات نادرة، تتوفر فيها الضلالات والهلاوس البارزة مع باقي الدلالات التي تشخص الفصام .

(جـ) <u>الذاتوية " إعاقة التوحد " في علاقتها باضطرابات التواصل</u> :

يرى عديد من الباحثين أنه من الممكن أن تتوقع وجود تشابه بين الذاتوية " إعاقة التوحد " والاضطرابات اللغوية، ذلك أن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية هي مظاهر أساسية في تشخيص الذاتوية " إعاقة التوحد ".

وبسبب هذا التشابه، فإنه يتم الخلط أحياناً بين الذاتوية " إعاقة التوحد " وهذه الاضطرابات .

وقد أشارت الدراسات إلىّ أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية واضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال الاجتراريون. كما أشارت نتائج الدراسات في هذا الصدد إلى أنه مع وجود تشابه بين الذاتوية " إعاقة التوحد " واضطرابات اللغة الإستقبالية إلا أنه من الممكن التمييز بين أعراض الاضطرابين .

وهذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوى الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات، وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام، بينما لا يظهر الأطفال الإجتراريين أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة . قد تظهر المجموعتان اعادة الكلام وترديده، غير أن الأطفال الاجتراريين مميزين بترديدهم للكلام (المصاداة) وخاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر . وفى حين يخفق الأطفال الاجتراريون فى استخدام اللغة كوسيلة إتصال يكون بإمكان الأطفال المضطربين لغويا أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكيّة ويحاولون التواصل مع الآخرين .

وهكذا يمكن النظر إلى القدرة على التعلم (أو القابلية للتعلم) والقدرة علىالتعامل مع الرموز على أنها قدرات فارقة ومميزة بين الأطفال الاجتراريين والأطفال المضطربين لغوياً .

(د) **الذاتوية " إعاقة التوحد " فى علاقتها بالاضطرابات السمعية والبصرية :**
من بين الأعراض أو السلوكيات الثانوية التى قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعياً السلوك الإنسحابى ، والانزعاج من تغيير الروتين، أو بعض السلوكيات الأخرى المشابهة، وهم فى هذا قد يشتركون مع بعض سلوكيات الأطفال الاجتراريين، مع فارق جوهرى هو أن السلوك الانسحابى، والانزعاج من تغيير الروتين، وما إلى ذلك أعراض أولية وأساسية لدى الأطفال الإجتراريين .

وعلاوة على ذلك فإن الأطفال الإجتراريين لا يعانون من الصمم فى الأغلب الأعم، وإذا ساور الطبيب المعالج الشك فى أن الطفل اجتراريا فإنه يتعين فحص سمعه للتأكد من اصابته بالصمم أم لا .

ومن ناحية اخرى ، قد يظهر الأطفال المعاقون بصريا بعض السلوكيات الدالة على الاستثارة الذاتية والحركات النمطية وهم فى ذلك يشبهون ما يقوم به الأطفال الإجتراريين ، فضلا عن أن إستجابة الأطفال الإجتراريين للمثيرات البصرية قد تشير إلى إصابتهم بالذاتوية " إعاقة التوحد " .

تربية الأطفال الذاتويين وتعليمهم :

يقدر بعض الباحثين المهتمين بدراسة ظاهرة الذاتوية " إعاقة التوحد " أنه من بين كل عشرة آلاف (١٠,٠٠٠) طفل هناك طفلين أو اربعة أطفال يعانون من هذه الحالة المرضية . وهذا معناه أن هناك ما يقرب من ثلاثة آلاف طفل اجترارى فى أنحاء بلدنا (هذا العدد من الأطفال الاجتراريين يصدق على المملكة المتحدة عام ١٩٧٣) ومع هذا، ليس هناك سياسة واضحة فيما يتعلق بتربية هؤلاء الأطفال الإجتراريين .

وطبقا لما يذكره كل من إيلجار؛ وينج Elgar and Wing (١٩٦٩) فإن هناك ما يقرب من نصف هؤلاء الأطفال يعالجون فى مستشفيات الأطفال دون العاديين Subnormality Hospitals ، وأما النصف الباقى ففى المدارس الخاصة للأطفال دون العاديين كذلك، وأيضا فى أنواع متباينة من المدارس الخاصة، وفى المدارس العادية والمدارس ذات المصروفات . وعلى أى الأحوال، هناك عدد من الوحدات الملحقة بالمستشفيات، أو تلك الوحدات التى أقيمت بجهود من السلطات التربوية المحلية، كما أن هناك الجمعية الوطنية للأطفال الإجتراريين والتى تدير مدرستين خاصتين لهؤلاء الأطفال، وتأمل أن تبنى هذه الجمعية المزيد من المدارس لهذه الفئة من الأطفال .

إن الأطفال الإجتراريين يفتقرون إلى الفهم الكامل لظروف اضطرابهم ويفتقرون أيضا إلى وجود أساليب تربوية تلبى حاجاتهم، وهذا يجعل الباحثون يميلون إلى التشبث بعمل احتياطات خاصة عند الحديث عن تعليم وتربية الأطفال الإجتراريين، وأيضا، نجد بعضهم أحيانا يقترح إقتراحا مفاده أن من المجدى بالنسبة لهؤلاء الأطفال أن يكون تعليمهم وتربيتهم فى مجموعات

مختلطة مع أطفال آخرين . هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، فإن أعراض الذاتوية " إعاقة التوحد " ـ كما سبقت الإشارة إليها ووصفها ـ يشير إلى أن البحث عن طرق وأساليب مركزة، وذات شكل معين تيسر للأطفال الإجتراريين سبل التغلب على الصعوبات، هي المطلوبة وبقوة، أفضل من وضعهم مع أطفال مماثلين لهم في مستوى التوظيف العقلي، والسعي نحو مستويات أفضل .

وتهدف عملية تعليم وتربية الأطفال الاجتراريين إلى معاونة الطفل الإجتراري على الإفادة من بيئته، لأننا كما نعرف عنه، يظهر عجزاً في ترجمة انطباعاته عنها، ولا يكون بمقدوره أن يتعرف عليها أو ينظمها وأحياناً ما نجد أن الطفل الاجتراري يضطرب حين يمر بخبرة إدراكية إضطراباً يصل به إلى الدرجة التي يتجنب بها هذه الخبرة وغيرها من الخبرات المماثلة أو أن ينغلق على نفسه حتى لا يعرّض نفسه لمزيد من الحيرة والارتباك، ولهذا، فهو في حاجة إلى بيئة مستقرة ثابتة، لها روتين راسخ فهي أفضل بالنسبة له من البيئة الحرة (الطليقة)، وعلى الرغم من أنه في ضوء القيود والتحديدات التي سوف تفرض عليه، سيكون في حاجة إلى بعض التحرر حتى يسلك ويتصرف بطريقته الخاصة، مع محاولة بذل الجهود من قبل القائمين على تربيته غالباً في أن يوجهوا ويضبطوا ما قد تثيره هذه البيئة من ردود أفعال قوية . وهناك عنصر واحد ثابت يتعين على المُعلّم الذي يقوم بدوره في هذا الصدد أن يضعه في اعتباره وهو الحاجة إلى مقدار ضخم من الانتباه الفردي لكي ينمي في الطفل الإجتراري الوعي بالذات[1] ، وأن ينمي فيه القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين .

ويشير العديد من الباحثين (من هؤلاء على سبيل المثال : كلارك Clark، ١٩٦٥؛ فيرنو Furneaux، ١٩٦٩) إلى أن بعض المعلمين يؤكدون على أهمية الملاحظة الدقيقة للطفل والتي تتسم بالاهتمام البالغ بالتفاصيل لمحاولة الكشف عما إذا كان الطفل يستطيع أن يفعل، ما يفضله من خلال القنوات الحسية، وما هو نوع الفهم المتعلق بالكلام، حتى مع عدم وجود لغة

---

(١) الوعي بالذات Self-awareness
بصر الفرد بالأسباب والعوامل التي تكمن وراء سلوكه، ومعرفته لصفاته وخصائصه التي تميزه عن غيره من الناس، وفهمه لنفسه بصفة عامة (جابر وكفافي، ١٩٩٥، ج ٧، ٣٤٣٧) .

متكلمة، وكلا من التأكيد على قيمة الأخذ ببعض الأنشطة المفضلة ومحاولة التوسع فيه وتنميته، سيكون من خلال تقديم مواد جديدة .

وهكذا يمكن تحويل لعب الطفل الاجترارى برباط الحذاء والذى يتميز بالوسواسية إلى استثارته لمحاولة عمل إنتظام يتكون من مجموعة من الخرز على إمتداد قطعة من الخيط، والطفل الإجترارى الذى يقضى أكثر الوقت يدفع أمامه بطريقة وسواسية بعض قوالب الطوب أو المكعبات على أرضية الحجرة ربما يستثار ببديل آخر وليكن بعض الصور أو الحروف إضافة إلى المكعبات ... وهكذا .

والحقيقة القائلة أن المثيرات السمعية والبصرية، قد تكون أحيانا غير متقبلة من جانب الأطفال، ترى أن التجريب يكون باستخدام خبرات تعتمد على حاسة اللمس (لمسية) Tactile أو ذات علاقة بحاسة الشم (شمية) Olfactory . وغالبا ما تكون المواد الخام التى تزود الطفل بخبرات يدوية بسيطة أفضل من تلك الخبرات التى تعتمد على التمييز الإدراكى . ومن ناحية أخرى يقرر كل من " إيلجار" و " وينج " (1969) Elgar and Wing إمكانية استخدام المواد الخام التى استخدمتها " منتسورى "[1] شريطة أن يكون استخدام المعلم لها فقط مع طفل مرحلة الروضة . ومن خلال العمل سوف نعرف أنه يوجد قدرا كبيرا من التنوع فى المواد الخام القابلة للإستخدام وكذلك الأنشطة التى يمكن أن تجذب اهتمام الطفل والتى منها على سبيل المثال لعبة كرة القدم التى من شأنها أن نحظى من خلالها بمشاركة الطفل . وقد قام كل من " إيلجار" و " وينج " بوصف برنامج يتضمن أنشطة متباينة ـ منها على سبيل المثال ـ السباحة، الطهى، وشغل الإبرة فى صورته المبسطة، والموسيقى، والرقص والتى تصبح ممكنة أكثر كلما تحسن أداء الأطفال بشكل أكبر وهكذا .

---

[1] منتسورى، ماريا Montessori, Maria
طبيبة ومربية إيطالية (١٨٧٠ ـ ١٩٥٢) وأما طريق منتسورى Montessori method فهو نظام تربوى نمّته وطورته " منتسورى " فى إيطاليا فى بداية القرن العشرين .وقد تأسست أول مدرسة أمريكية وفق هذا النظام فى عام ١٩١٣ . ويقوم هذا النظام التربوى على الإهتمام بالتعليم والتربية الذاتية لأطفال ما قبل المدرسة من خلال تنمية المبادأة عندهم بوسائل عديدة منها إعطائهم حرية العمل والتدريب الحسى والإدراكى على أشياء مختلفة الأشكال والألوان وتنمية التآزر من خلال الألعاب والتمرينات . (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٢، ج ٥، ٢٢٤٩) .

وفيما يتعلق بالأهمية الخاصة للغة، فإن كثيرا من الأطفال الإجترارين لا يتعلمون الكلام أبدا، وبعضهم يكون بمقدوره تعلم الكلام فى سن متأخرة جدا من سنوات مرحلة الطفولة . وعلى هذا فإنه بالنسبة لجميع الأطفال، يكون الهدف الأول ـ فيما يتعلق باضطرابات التواصل ـ هو فهم اللغة المنطوقة Spoken language ، وغالبا ما يفهم الأطفال الإجتراريين اللغة والمواقف بشكل أفضل من اللغة المفهومة ضمنا ولهذا يمكن أن يزودنا تقدير الفهم اللفظى بنقطة بداية أخرى (فى تعليم وتربية هؤلاء الأطفال)، مثل القصص، واتباع التعليمات، وكثيرٌ من الأنشطة العديدة الأخرى .

والسؤال الذى يطرح نفسه يمكن أن يصاغ على النحو التالى : ما مدى التقدم الذى يمكن أن يحرزه الأطفال الإجتراريون ؟

لقد تصدى " روتر" Rutter (1967) للإجابة عن هذا السؤال، بأن تتبع (٦٤) أربعا وستين طفلا من الذين أتيح له مقابلتهم فى مستشفى مودزلى Moudsley Hospital فى الفترة ما بين عامى ١٩٥٠، ١٩٥٨، ووجد أن عددا قليلاً منهم فقط هو الذى تمكن من تحقيق توافق إجتماعى جيد مع بلوغهم سن المراهقة (إثنان منهم التحقا بوظيفة وخمسة آخرين عملوا فى بعض أنواع من الأعمال التى تدر بعض المكاسب وحوالى نصف هذا العدد (٣٢) اثنان وثلاثون ظل يعانى من الإعاقة الشديدة، وظل عاجزا عن الحياة الاستقلالية أو معتمدا على نفسه تماما (وثلث هذا العدد استمر يتردد على المستشفيات فى فترات إقامة طويلة) .

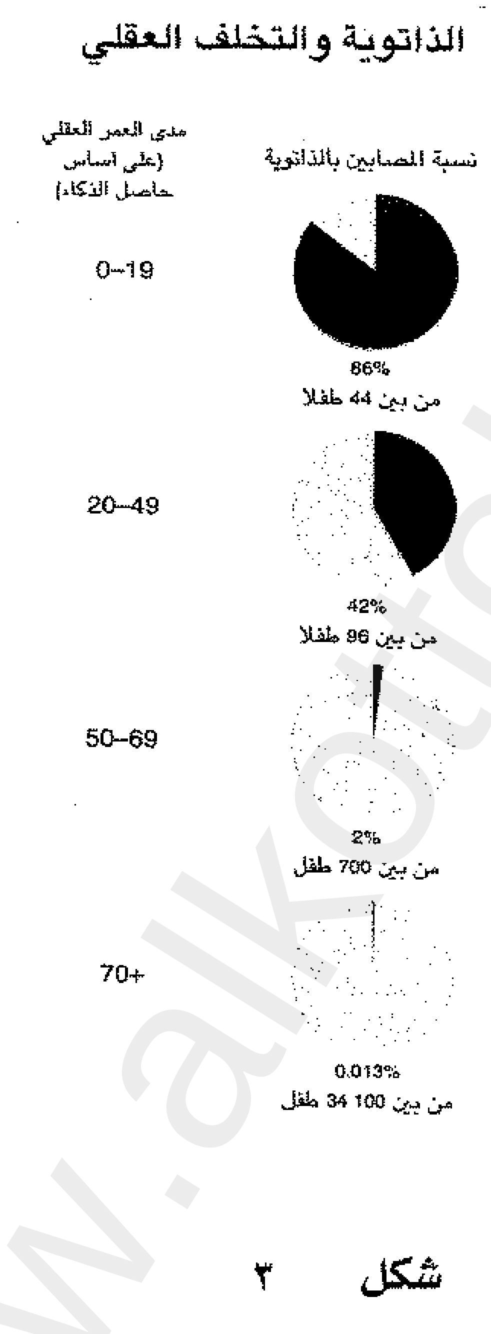
وعلى أية حال، لقد استطاع (٢٩) تسع وعشرون فقط من أفراد هذه العينة فى تلقى نوع من التمدرس Schooling لمدة عامين على الأكثر، وكانت أعمار معظمهم تقل عن سن (١٠) عشر سنين، و(٩) تسع منهم أقل من سن خمس سنوات . وأنه لمن الواضح الآن تماما أنه من المهم متابعة التقدم الذى يحرزه الأطفال الذين كان باستطاعتهم قضاء بضع سنوات فى التعليم والتربية كما أنه من الأهمية بمكان تقييم الأشكال المختلفة لهذا التقدم، والأساليب التى استخدمت فى هذا الصدد . وتشير النتائج التى خلص إليها " روتر" إلى أنه فى حين يوجد تأثير لعوامل كثيرة على تقدم أفراد هذه الفئة فى المستقبل من حيث نسب الذكاء، والاستجابة للاصوات واكتساب كلام له معنى يستفيد الطفل الاجترارى من استخدامه، قبل أن يصل عمره إلى سن الخامسة، ووجود صور واشكال أخرى من العجز الإضافى إلا أن مقدار ونمط التمدرس له تأثيره الذى يمكن مشاهدته .



شكل ١


سلوك ذاتوي
إن أهم السمات المميزة للمصابين بالذاتوية هي الوحدانية (الميل إلى الوحدة) والإصرار على تكرار مواقف متشابهة وكذلك ميلهم إلى اتباع تصرفات رتيبة. وفي الوقت نفسه يستطيع بعض المصابين بالذاتوية أداء مهمّات معقدة شريطة ألا يتطلب منهم هذا النشاط أن يحكموا على ما قد يدور في خلد الآخرين. وتؤدي هذه السمات إلى أشكال مميّزة من السلوك، نصورها في المواقف الآتية:
يظهر اللامبالاة
...the 16th is a Sunday...
!?
ايحادي الجانب في التفاعل مع الآخرين
يشير الى احتياجاته باستخدام يد أحد الكبار
يكرر الحديث المتواصل حول موضوع واحد
Are you going?
Are you going?
كلمات ببغاوية
لا يشارك الآخرين إلا إذا أصر أحد الكبار على إشراكه وساعده على ذلك
يتصرف بطرق غريبة
لا يلعب مع الأطفال الآخرين
يتناول الأشياء باليمين أو يلفها
يضحك ويقهقه بطريقة غير مناسبة
Familiar route
Different route
لا يواجه بالنظر
يلعب عفويا من دون تصنع
يفضل ممارسة الأعمال المتشابهة
ولكن هناك منهم من يقوم ببعض الأعمال بشكل سوي إذا كانت لا تتضمن تفاهما اجتماعيا.

شكل ٢


الذاتوية والتخلف العقلي
مدى العمر العقلي
(على أساس
حاصل الذكاء)
نسبة المصابين بالذاتوية
0–19
86%
من بين 44 طفلا
20–49
42%
من بين 96 طفلا
50–69
2%
من بين 700 طفل
70+
0.013%
من بين 100 34 طفل

شكل ٣



شكل ٤

الفصل الرابع

الذاتوية والأساليب العلاجية

- مقدمة
- الذاتوية والتحليل النفسي
- الذاتوية وتعديل السلوك
- الذاتوية والعلاج البيئي
- حالة تطبيقية لعلاج الذاتوية



الفصل الرابع : الذاتوية والأساليب العلاجية

مقدمة :

في البداية يمكن الإشارة إلى أنه من الأمور المتفق عليها أن الأطفال الذين يعانون من الذاتوية " اعاقة التوحد" هم أطفال معاقون بشكل واضح ـ إن صح استخدام هذا التعبير ـ في مجال استقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين، وهذه الإعاقة تفضي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسب للبيئة والوسط الاجتماعي المحيط بهم . ومن الطبيعي أن نتوقع أن يؤثر ذلك ـ وبشكل واضح ـ على قدرة الطفل على التعلم، وخاصة في مجال التعامل بالرموز مما يعرقل نشاط العمليات الضرورية لفهم اللغة، واستخدامها بشكل جيد نظراً لوصولها عن طريق السمع مصحوباً باضطراب في الإدراك الحركي والبصري والسمعي .

وهناك من الباحثين (انظر على سبيل المثال : نيفين زيور، ١٩٨٨) من يرى أن العلاج النفسي للطفل الاجتراري ينبغي أن يبدأ أولاً باخراجه من قوقعته الذاتوية الذاتوية " اعاقة التوحد "، وذلك بإستخدام فنيات علاجية تتضمن استخدام أنشطة إيقاعية Rhythmic activities مثل الموسيقى، وكذلك إستخدام أنشطة تستثير اللذة، وذلك باستخدام الموضوعات الجامدة، وأنه ينبغي أن يكون الأمر واضحا تماما بأنه لا ينبغي في مثل هذه الحالات أن يحدث إحتكاكا جسدياً مع الطفل، ذلك أنه يصعب عليه تحمله . والمهم أيضا أن ندرك أنه من الخطر أن ندفعه بسرعة نحو التواصل الإجتماعي، ذلك أنه منذ بداية حياته دون مستوى التعلق السمبيوزي، ولذلك فإن أقل قدر من الاحباط قد يدفعه إلى استجابة كتاتونية أو إلى القيام بدفاعات ذهانية حادة .

وعلى هذا الأساس تسعى الأساليب العلاجية المتبعة مع هذه الفئة من الأطفال إلى تحقيق هدفين رئيسيين هما :

الأول : دفع الطفل إلى مزيدٍ من النمو في سياق محاولات تعديل سلوكه .

الثاني : معاونة الوالدين في تعلم طرق للتواصل مع الطفل والإسهام في علاجه خلال وجودهم معه بالمنزل .

ومما تجدر الإشارة إليه أن الهدفين السابقين ينطلقان من وجهة نظر مؤداها أن الطفل الإجتراراى يعاني من مجموعة من المشكلات السلوكية

وأوجه القصور التى تجعل من الصعب عليه إن لم يكن من المستحيل أن يتعلم بدون تدخل من الآخرين وذلك بسبب عدم استجابته للمواقف الاجتماعية واضطراب سلوكه، وعلى ذلك، فإن هناك هدف أساسى من تعليمه وتدريبه هو تنمية مهاراته اللغوية كأداة للإتصال وكوسيلة لكسر حاجز العزلة، وإلى تنمية مهاراته الاجتماعية حتى يمكن اعادة الطفل إلى المجتمع وقيامه بالمشاركة فى الأنشطة الحياتية اليومية التى تدور حوله .

وعلى الرغم من أن " التوحد " حالة نادرة جداً؛ فإن العديد من الأطفال الذين يصعب عليهم التكيف، يمتلكون بعضاً من مظاهر التوحد مع الخيال، ولا يستجيب الأطفال التوحديون عادةً بشكل طبيعي للإطراء والحنان، وغالباً ما يصعب العثور على شيئ يمكن إعطاؤه لمثل هذا الطفل كمكافأة على سلوكه المقبول .

والمشكلة الكبرى بالنسبة للطفل التوحدى هى إقامة العلاقة مع الآخرين (ومع نفسه) ولهذا يجب أن يكون الهدف الأساسى للمعلم هو تطوير القدرة على إقامة هذه العلاقات . ويجب أن يكون المعلم على إستعداد للكثير من الإتصال الجسدى مع الطفل حتى وإن بدا أن الطفل لا يريد ذلك . وقد يساعد على ذلك النشاطات البدنية مثل هز الطفل أثناء وجوده فى حضن المعلم أو جالساً على الأرض .

ويكون للأطفال الذين يعانون من متلازمة " داون "[1] (داون سيندروم/ المنغولية) ودودين عادة، وقد ينجحون فى إقامة العلاقة مع الطفل التوحدى

---

[1] زملة داون Down's Syndrome

اضطراب صبغى (كروموزومى) يتميز بوجود صبغى زائد (رقم ٢١)، وبعض الحالات يكون الصبغى الزائد ـ ٢٢ . ويفصح الاضطراب عن نفسه فيما يسمى الملامح المنغولية، ووجه مستدير مسطح وعيون تبدو مائلة أو منحدرة، ويكون المخ أقل من المتوسط من حيث الحجم أو الوزن . وعادة ما يتصف المرضى بهذا الاضطراب بالتخلف الذى يتراوح من الدرجة المعتدلة إلى الدرجة الشديدة، ويتصف المرضى بالاستعدادات للموافقة وسلاسة القياد . وتميل الحركات العضلية إلى أن تكون بطيئة وثقيلة وغير متآزرة . وفى حالات كثيرة يكون النمو متأخراً واللسان سميكا والأصابع غليظة . ويسمى الاضطراب أيضا المنغولية Mongolism ومرض لانجدون ـ داون lang - don Down's disease والأكروميكاريا الخلقية Congenital acromicria (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٠، جـ ٣، ص ١٠١٩) .

عندما يفشل فى ذلك المعلم والآخرون . ويستجيب بعض الأطفال التوحديين جيداً للحيوانات ويمكنهم أن يبدأوا تعلم إقامة العلاقة مع الآخرين من خلال السماح لهم بإقامة علاقة " صداقة " مع حيوانٍ ما .

ويدعى بعض المعالجين نجاحاً عظيماً لعلاج " الإمساك بالطفل " أو حمله والذى يعنى الالتصاق بالطفل فى عناق محبة حتى يسترخى ويستجيب بابتسامة أو بالتصاقه بالمعلم . ولكن هذا قد يحتاج إلى ساعاتٍ عديدة، وقد يكون منهكاً عاطفياً وجسدياً، ويجب أن يكون الإمساك بالطفل قوياً ومحباً فى الوقت نفسه، ولو حاول الطفل جاهداً الإفلات منه . ومن الأفضل أن تحاول الأم هذه الطريقة أولاً، وهى الطريقة التى يمكن أن تؤدى إلى تعلم الطفل إقامة علاقته الحميمة الأولى . وإذا لم تستطع الأم أن تفعل ذلك، أو أنها لم ترغب فى ذلك؛ فبإمكان المعلم أن يحاول . ويجب على من يبادر بهذه الطريقة أن يكون قادراً على مواصلة العمل مع الطفل ما دام الأمر ضرورياً لو ربما لسنوات . لأن الطفل قد يتأذى من افتقاد شخص تعلم أن يقيم معه إرتباطاً حميماً .

ويجب أن يُسمح للطفل التوحدى الذى يتمتع بمهارات خاصة أن يمارس هذه المهارات فى المدرسة، ولو لبعض الوقت . وقد يعتقد المعلم أو المعلمة، أن تعلم الطفل إرتداء ثيابه، أو تعلمه الكلام، أهم من ممارسة الرسم والموسيقى، ولكن الطفل يرى فنه أكثر أهمية من أى شيئ آخر . ويجب أن يتسع اليوم المدرسى لأولويات التلميذ والمعلم على حدٍ سواء (كريستين مايلز، ١٩٩٤ : ١٨٧) .

وفى الفقرات التالية نشير إلى بعض الأساليب العلاجية المتبعة فى علاج الذاتوية (اعاقة التوحد) :

(أ) استخدام التحليل النفسى فى علاج الذاتوية (اعاقة التوحد) :

كان علاج الذاتوية " اعاقة التوحد " باستخدام جلسات التحليل النفسى هو الأسلوب السائد حتى السبعينيات من هذا القرن . وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسى هو إقامة علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة، وهى علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن أم الطفل الاجترارى لم تستطع تزويده بها، غير أن هناك تحفظ على هذا الإفتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج التحليلى .

وعلي أية حال، هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥: ٣٧٤ ـ ٣٧٥) فيالأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الاشباع وتجنب الإحباط، مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج .
وفي الثانية : يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدرب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء .
ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال الاجتراريين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية العقلية .

(ب) استخدام العلاج السلوكي (تعديل السلوك) في علاج الذاتوية (اعاقة التوحد) :

يقترح بعض الباحثين والمهتمين بهذا الإضطراب استخدام الأساليب العلاجية السلوكية (طرائق تعديل السلوك) في علاج الذاتوية " اعاقة التوحد " " سواء تم ذلك في البيت، وبواسطة الآباء أو في فصول دراسية خاصة، لعدم استطاعة الأطفال الإجتراريين البقاء في الفصول المدرسية العادية بسبب سلوكهم الفوضوي وقصورهم في مجالات السلوك الذهني والاجتماعي الأخرى، هذا بالإضافة إلى إحتمال إقدام بعضهم على إيذاء نفسه بشكل ضار مثل ضرب رؤوسهم في الحائط أو عض أيديهم بشكل قاس مع عدم إستجابتهم للبيئة المحيطة " (القذافي، مرجع سابق، ١٦٥) .

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة (إثابة) السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماما، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل . وترجع أسابا ب اختيار (اقتراح) العلاج السلوكي للتخفيف من حدة الذاتوية " اعاقة التوحد " أو التخلص منها إلى عدة أسباب، يشير إليها القذافي (١٩٩٤: ١٦٦) على النحو التالي :

(١) أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين، وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتا طويلا .
(٢) أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير، أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل في نتائج القياس .

(٣) أنه نظرا لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الاضطراب، فإن هذا الأسلوب لا يعير إهتماما للأسباب، وإنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون تعرض لإختلافات العلماء حول أصلها ونشأتها .

(٤) أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة السلوك الذى يهدف إلى تكوين وحدات إستجابية صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية .

(٥) أنه ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب فى تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع متطلباته وتوفر الدقة في التطبيق .

وهناك ـ من ناحية ثانية ـ عدة خطوات يتعين الاهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم، وهذه الخطوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالى :

(١) <u>تحديد الهدف</u> : إذ لا بد من العمل على اختيار السلوك المرغوب فى تكوينه بشكل محدد وواضح، مثل الرغبة فى تعليم الطفل الابتسام لغيره،أو مشاركة الآخرين فى اللعب، أو نطق كلمة معينة، أو القيام بسلوك حركى معين، أما الأهداف العامة مثل التعاون أو النظافة أو السلوك الإجتماعى بشكل مطلق، فإنها تشكل مجالات واسعة يصعب قياسها مالم يتم تحديدها فى شكل وحدات سلوكية لا يمكن الاختلاف فى فهمها أو تطبيقها .

(٢) <u>سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل</u> : إذ بعد أن يعمل المعالج السلوكى أو المعلم، أو المدرب أو ولى الأمر على جذب انتباه الطفل أولا، فإن عليه (أو على أى واحد منهم) استخدام تعليمات سهلة يفهمها الطفل، وذلك فى اللحظة المناسبة، مع عدم توجيه الحديث إليه فى حالة عدم إنتباهه .

ويتم توجيه التعليمات بشكل سهل ولا يحتمل إزدواج المعنى . كما يجب ألا يكون مطولا بحيث يؤدى إلى صعوبة المتابعة، والأمثلة التالية تعطينا مثالا لما يجب أن يكون : إرفع يديك ـ إمسك القلم ـ أنظر لأعلى ـ إلمس اللون الأحمر ... إلخ .

(٣) حث الطفل على الاستجابة عن طريق الملاءمة بين المطلوب تأديته، وبين خبرات الطفل الحاضرة، إذ قد لا يستجيب الطفل أحيانا، لأن الإجابة ليست حاضرة لديه .

(٤) مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها، إلى أن يتم تحقيق الهدف . فإذا كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة " باب" مثلاً، وأن الطفل قام بنطق الحرف " ب " فى المرة الأولى، ثم نطق " يا " فى المرة الثانية، فإنه تتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل فى حينها . أما إذا اتبع الطفل الخطوتين السابقتين بنطق الحرف " بى " فلا تتم مكافأة هذه الخطوة الأخيرة .

(٥) <u>نوعية المكافأة</u> : ويلاحظ أنه من الضرورى أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل، فإذا نجح الطفل فى نطق كلمة " باب " كما هو مطلوب فى الخطوة السابقة، فلابد من مكافأة الطفل على ذلك . وليس من الضرورى أن تكون المكافأة مادية فى شكل أطعمة أو حلوى أو مشروبات، كما يحدث فى بعض البرامج، وإنما بالإمكان تقديم مكافآت معنوية مثل تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه، حيث تنجح المثيرات العضوية المتمثلة فى التواصل الجسمي، والمثيرات الإنفعالية مثل إبداء السرور بالطفل وإشعاره بالحب والقرب منه فى حث الطفل على تكرار السلوك المرغوب بنفس القوة التى تحدثها المثيرات العادية .

وكما سبق أن ذكرنا، أنه ليس من الضرورى أن يقتصر تقديم هذه البرامج على المعالجين السلوكيين أو معدّلى السلوك فقط، وإنما يمكن تدريب الآباء والمدرسين والأخصائيين الإجتماعيين وغيرهم على استخدام هذه الأساليب العلاجية السلوكية بعد التدرب عليها، بشرط أن يكون الهدف واضحاً وهو إعادة مثل هؤلاء الأطفال إلى البيئة الاجتماعية بعد تدريبهم على أساليب السلوك الإجتماعى والإنفعالى بشكل خاص .

والخلاصة هى أن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية، وليس على انطباعات ذاتية، كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين، بل على العكس من ذلك، يشرك الوالدين فى عملية العلاج النفسى . كذلك فإن

اجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التى يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة، مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى .

(جـ) استخدام العلاج البيئى[1] فى علاج الذاتوية (اعاقة التوحد) :

يتضمن استخدام العلاج البيئى فىعلاج الذاتوية " اعاقة التوحد " تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعى عن طريق التشجيع والتدرب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة .

(د) مثال لأحد برامج تأهيل طفل اجترارى :

كما قدم أحد الباحثين مثالاً واقعياً وتفصيلياً للأسلوب الذى اتبع فى تأهيل طفل إجترارى، بأحد المراكز المتخصصة لعلاج هذا النوع من الإعاقات .

ويمكن فى الفقرات التالية أن نقدّم مُلخَّصاً للمراحل التى مرت بها هذه الحالة ــ مع النظر إليها باعتبارها ــ كإطار عام يمكن الاستعانة به فى تأهيل حالات مماثلة لتلك الحالة، وذلك على النحو التالى[2] :

المرحلة الأولى : إلتقاء العيون وتبادل النظرات[3] :

والتدريب عليها عنصر أساسى فى تأهيل الطفل الاجترارى " الذاتوى " الذى يتجنب إلتقاء العيون كعامل أساسى فى العزلة التى يعيشها والإنغلاق

---

[1] العلاج البيئى Environmental Therapy علاج طبى نفسى يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئته المباشرة، كما يشير المصطلح إلى المفهوم الذى ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعاً علاجياً . وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعى والفيزيقى الذى يعيش فيه المريض أو الذى يتعامل فيه على نحو يساعد فى الوصول إلى الشفاء . ويعتبر المصطلح مكافئاً لمصطلح علاج الوسط أو العلاج المحيطى .

[2] للاطلاع على تفاصيل البرنامج يمكن الرجوع إلى (عثمان لبيب فراج، ١٩٩٥، إعاقة التوحد : دراسة حالة، النشرة الدورية (العدد ٤٣)، لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين، القاهرة : ص ص ٦ ــ ٢٣) .

[3] إلتقاء البصر . إلتقاء العيون : Eye Contact

ويقصد به النظر إلى الشخص الذى يحادثنا أو يحاورنا . ويعتبر الحفاظ على إلتقاء العينين أمراً أساسياً فى التواصل والتفاهم بين المعالج والمريض خلال المقابلات . وكثيراً ما يكون إلتقاء العينين خطوة مبدئية فى علاج الطفل، ولتشجيع هذه العلاقة البصرية قد يمسك المعالج بقطعة من الحلوى قريبة من عينيه ويقدمها للطفل إذا نظر نحوه . وهذا التواصل البصرى يستخدم كمتغير فى بعض دراسات علم النفس الاجتماعى ليمثل درجة الدفء فى العلاقة البينية الشخصية أو درجة القرب بين شخصيتين . (جابر عبد الحميد وعلاء كفافى، ١٩٩٠، ج ٣ : ١٢٣٥) .

على الذات . فالتقاء العيون بين الأفراد العاديين يعتبر أول إشارة تفتح الطريق إلى التواصل مع الآخرين؛ حيث يعطي الإشارة بالمبادأة في الإتصال والحديث أو الرغبة فيه أو متابعته مع الشخص الآخر أو معرفة تأثيره أو التعبير عن الانفعالات والعواطف؛ فأنت إذا نظرت إلى شخص مبديا الرغبة في الحديث، ولم يبادلك النظرة أو أشاح عنك بوجهه؛ فمعنى هذا بالنسبة بك هو العزوف أو عدم الرغبة في الدخول في محادثة أو إتصال .

ومن هنا تأتي أهمية تدريب أي طفل ذاتوي على التجاوب مع إلتقاء العيون واستمرار المحاولات معه للنظر في عيني من يحادثه، حيث أن النجاح في تحقيق ذلك يعتبر، ليس فقط ضروريا لتحقيق التوافق الإجتماعي، والقدرة على التواصل وتكوين علاقات، بل هو ـ بالضرورة ـ أساس نجاح برامج التدريب والتأهيل في المستقبل، ويعين الأخصائي النفسي الذي يعمل مع الطفل الذاتوي في التواصل مع الطفل وتوجيهه؛ حيث أن التقاء العيون، هو المدخل المحوري والجوهري للمرحلة الأولى من التدريب والتأهيل .

وفي هذا الصدد يؤكد " عثمان لبيب " (١٩٩٥ : ٧) على أهمية التدعيم المادي والمعنوي للطفل الذاتوي كلما تجاوب مع الأخصائي النفسي، وكلما تبادل معه النظرات . آية ذلك أنه عندما ينجح الأخصائي النفسي أو مدرّس الطفل، أو معلمته، في جعل الطفل يبادله النظرات، عليه في كل مرة أن يقوم بتعزيز هذا السلوك الإيجابي للطفل عن طريق التدعيم المادي بإعطائه قطعة من حلوى أو طعام يفضله أو نشاط يحبه، أو عن طريق التدعيم المعنوي كالمديح اللفظي، أو الاستحسان، أو الربت على الكتف، أو إظهار الاهتمام الشخصي بالطفل، أو من خلال تعبيرات الوجه، أو الموافقة على قيام الطفل بنشاط يهواه .

ويضيف " عثمان لبيب " ـ المرجع السابق ـ أنه مع التأكيد على أهمية هذه الخطوة الأولى في برامج التأهيل ـ باعتبارها مدخلاً للنجاح في تحقيق المراحل التالية للتأهيل ـ فإنه يتعين توجيه أنظار العاملين في مراكز التأهيل وكذلك الأباء ، إلى أنه مهما كانت الصعوبات التي قد تعترض تدريب الطفل على تبادل النظرات وإلتقاء العيون، فإنها عملية ممكنة، وتنتهي بالنجاح فيما عدا أنها تحتاج إلى قدر من الصبر والإصرار مع استخدام التدعيم المادي والمعنوي المستمر، كلما كان تجاوب الطفل مع من يقوم بتدريبه وعلاجه، وكلما توقف الطفل عن استخدام الأساليب الهروبية في أثناء مواقف التدريب .

المرحلة الثانية : معالجة السلوكيات غير المرغوبة :

ويكون التركيز في هذه المرحلة الثانية من مراحل تدريب وتأهيل الطفل الذاتوى، على معالجة أو الحد من السلوكيات غير التوافقية بصفة عامة مع التدعيم المستمر ماديا ومعنويا، ايجابيا عن طريق المكافآت، وسلبيا إما عن طريق العقاب، أو التجاهل التام للسلوك غير المرغوب فيه، أو عن طريق عزل الطفل بعيدا، في مكان منفصل .

وهذه الاجراءات من شأنها أن تقلل من ظهور السلوكيات غير المرغوبة حتى تصبح قليلة الحدوث، لأنه ليس من السهل أن تختفي تماما . بالإضافة إلى أن هذه الاجراءات تحتاج إلى تضافر جهود أشخاص عديدين، على رأسهم أفراد الأسرة، ثم القائم أو القائمين بعملية التدريب والمعالجة .

المرحلة الثالثة : وفيها يبدأ الطفل التدرب على محاكاة أو تقليد القائم بعملية المعالجة والتدريب . وذلك بالقيام بنفس حركات أو أداء أعمال يقوم بها وهو يجلس أو يقف أمام الطفل .

وهذه المرحلة الثالثة ترتكز على ما تم إنجازه في المرحلة الأولى؛ فإذا نجح المعالج في تحقيق التواصل مع الطفل عن طريق إلتقاء العيون فإن ضمان نجاح المعالجة في هذه المرحلة الثالثة يعتمد على أن يبدأ هذا التدريب فقط بعد أن ينظر المعالج إلى عينيه أولا ، وأن يرد له الطفل النظرة ويستمر إلتقاء العيون طوال مرحلة التدريب .

وتجدر الإشارة هنا إلى أهمية مشاركة أفراد الأسرة في عملية التدريب ـ لا سيما الأم ـ صحيح أن تحقيق التعاون الوثيق المستمر مع أسرة أي طفل معاق، ليس سهلا أو ناجحا دائما، لكنه ممكن التحقيق والمهم الإصرار والصبر والمداومة على العمل لتحقيق الهدف من التدريب .

ويمكن ـ فضلا عما سبق ـ أن تحتوى هذه المرحلة الثالثة ـ على بعض الأنشطة الرياضية التي يتخللها فترات من اللعب الموجه سعيا وراء تفريغ أية شحنات من التوتر والقلق أو الاحباط لدى الطفل؛ فقد أشارت بعض دراسات الحالات إلى أن ممارسة الطفل الذاتوى لأنشطة اللعب المختلفة والخروج في رحلات أو معسكرات؛ من شأنه أن يساعد على تفريغ شحنات الطاقة الزائدة المتمثلة في الحركات القسرية، والطقوس النمطية الروتينية غير الهادفة والتي

يفيض بها الجهاز العصبي للطفل الذاتوى، فضلاً عن أن النشاط البدني المكثف قد يسهم في تحسين قدرة الطفل على التحكم في جهازه العضلي، وأخيراً فإن توفير فترات كافية من اللعب الموجه؛ قد يزيد من كفاءة ومهارة الطفل الذاتوى على ضبط النفس والتعاون والعمل مع الآخرين من الرفاق والأخصائيين والتي تعتبر البيئة المواتية لاكتساب المهارات الاجتماعية في المستقبل والخروج من حالة الانغلاق والعزلة التي يتصف بها الطفل الذاتوى.

<u>المرحلة الرابعة</u> : يدور الاهتمام في هذه المرحلة حول التدريب على إصدار الأصوات المختلفة؛ ثم البدء في التواصل اللغوى . ويتعين أن نشير هنا – إلى أن هذه المرحلة يمكن تجاوزها في حالات الأطفال الذين لديهم حصيلة لغوية لفظية ولو كانت حصيلة قليلة أما الأطفال الذاتويين الذين لا يتكلمون إطلاقاً، فتعد بالنسبة لهم مرحلة أساسية في عملية التدريب . كما تتعين الإشارة إلى أن هذه المرحلة الرابعة تبدأ بعد نجاح تحقيق أهداف المراحل الثلاثة السابقة .

ويبدأ التدريب بتشجيع الطفل الذاتوى على إصدار أصوات معينة يحدثها الأخصائي، وتجاهل أو تجنب إصدار الأصوات المبهمة . ومع التكرار والتجاوب من جانب الطفل واستخدام التعزيز بصور مختلفة من قبل الأخصائي يمكن أن يبدأ الطفل تدريجياً في تقليد اصوات حيوانات أو نغمات موسيقية سهلة، مع التقليل من إصدار الأصوات الخافتة كالهمهمة، أو الأصوات العالية المزعجة قدر الإمكان .

وغالباً ما تستغرق هذه المرحلة الرابعة وقتاً طويلاً، حتى يصل الطفل الذاتوى إلى مستوىً يصبح فيه قادراً على التحكم في مخارج الألفاظ، وعلى ضبط نوعية الأصوات التي يطلب منه الأخصائي أن يقلدها، حتى لو كان بعضها بلا معنى، أو لا يفهم الطفل مدلولاتها . ويؤكد العديد من الباحثين – هنا أيضاً – على أهمية عملية التعزيز المستمر للسلوك الايجابي للطفل، وذلك حتى لو كان التقدم أو التجاوب من جانب الطفل بسيطاً، ويحذرون من إرجاء التعزيز إلى أن ينجح الطفل تماماً في تحقيق الدقة الكاملة في تقليد الأصوات المطلوبة، إذ أن هذا الإرجاء قد يؤدى إلى حالةٍ من الشعور بالإخفاق والفشل لدى الطفل فيتوقف عن بذل المزيد من المحاولات .

المرحلة الخامسة : ويمكن أن نطلق عليها مرحلة التقليد اللفظى :

تهدف هذه المرحلة إلى تدريب الطفل الذاتوى على إصدار بعض الألفاظ أو الكلمات باستخدام المحاكاة أو التقليد . وتسعى في نفس الوقت إلى التعامل مع بعض السلوكيات السلبية أو الأساليب الهروبية - إن وجدت - لدى الطفل. والفنية العلاجية المستخدمة هنا أيضاً هي التعزيز الفورى للسلوكيات الموجبة لدى الطفل .

المرحلة السادسة : التدرب على التخاطب :

وتعد هذه المرحلة أساسية كذلك، بالنسبة للطفل الذاتوى الذى لا يملك حصيلة لغوية تتناسب مع عمره الزمنى، ولا يتكلم إلا قليلاً، وتأتى في أعقاب نجاح الطفل فى تقليد بعض الكلمات أو النطق ببعض الجُمل القصيرة المكونة من كلمتين، بحيث يزداد طول الجملة تدريجياً على مدى زمنى طويل نسبياً . يلى ذلك - وفى نفس المرحلة - الاستعانة بالصور والأشكال بغية زيادة الحصيلة اللغوية للطفل تدريجياً على مدى يتناسب مع امكانات الطفل الذاتوى من جهة، وسرعة تقدمه من جهة أخرى، مع ملاحظة الاستمرار فى تدريبه على ما سبق أن تعلمه لضمان ثبات ما تعلمه وحفاظاً عليه من النسيان، فالطفل الذاتوى ينسى سريعاً، وقدرته على التركيز محدودة . وهذا لا ينفى صحة الحقيقة التى تشير إلى أن نسبة عالية من الأطفال الذاتويين كثيراً ما يتذكرون أشياء أو خبرات سبق أن مروا بها واستوعبوها، حتى بعد مضى فترات زمنية طويلة .

وتجدر الإشارة هنا إلى أن بعض الأطفال الذاتويين - ذوى الإعاقات اللغوية - قد يحتاجون فى هذه المرحلة إلى حضور جلسات تخاطب تُستخدم فيها الأجهزة والوسائل المعينة الصوتية والضوئية والإليكترونية الحديثة إذا تيسر ذلك .

المرحلة السابعة : تنمية القدرات الاجتماعية :

ويمكن أن تُسمى أيضاً مرحلة العمل مع الرفاق والتدرُّب على التفاعل الاجتماعى مع الآخرين من أطفال وأخصائيين . وهى مرحلة تعد فى نظر الباحثين والمهتمين بهذا الاضطراب من أهم ركائز التدريب والمعالجة لهذه الفئة من الأطفال وأكثر صعوبة وتعقيداً .

" وإذا لم تجر بحرص شديد وسلاسة وبسرعة مناسبة وتدرُّج فإنها قد تؤدى إلى حالات من الإحباط والنكوص والقلق والتوتر مما يزيد من مشكلات الطفل الذاتوى تعقيداً وعزلة وانغلاقاً " . (عثمان لبيب، ١٩٩٥ : ١١) .

ومع أهمية هذه المرحلة في تأهيل الأطفال الذاتويين ـ خاصة فى الحالات الشديدة؛ أو تلك التى لم يبدأ فيها التأهيل في سن مبكر ٢ ـ ٣ سنوات فإنها تعتبر من أكثر جوانب التأهيل صعوبة وتعقيدا، وقد تستغرق في تحقيقها فترات زمنية طويلة قد تمتد لسنوات عديدة .

ويشير عثمان لبيب (١٩٩٥ : ١٢) إلى وجود علاقة وتأثير متبادل ومستمر بين نمو المهارات الاجتماعية من جانب، والقدرات اللغوية والقدرة على الاتصال من جانب آخر . آية ذلك أن انشطة تنمية المهارات الاجتماعية تتيح للطفل الفرص لاكتساب حصيلة لغوية أكبر .

<u>المرحلة الثامنة</u> : التمهيد للتأهيل الأكاديمي :

وهى مرحلة تقابل صفوف رياض الأطفال بالنسبة للطفل العادى غير المعاق . وتبدأ بعد أن يكون الطفل قد أتقن المهارات المكتسبة خلال المراحل السبعة السابقة مع حصيلة لغوية مناسبة، وقدرة على النطق السليم للألفاظ كثيرة الاستعمال في التعبير عن الذات، والرغبات، وقدرة معقولة على التواصل والتفاعل مع الآخرين، وهى تستهدف إعداد الطفل لبدء فصول الأنشطة الأكاديمية تعليميا وتربويا، وذلك عن طريق إكسابه المهارات اللازمة لاكتساب المعرفة، والتجاوب مع الانشطة التعليمية .

فالطفل الذاتوى ـ فى هذه المرحلة ـ فى حاجة إلى اكتساب القدرة على الاستجابة الفورية لما يطلبه المدرِّس، والقدرة على التركيز والانتباه لدرجة معقولة لما يدور من حديث وتواصل مع المدرِّس والرفاق الآخرين فى الصف، والقدرة على محاكاة المدرِّس أو أحد الزملاء بمجرد أن يطلب منه ذلك .

وباختصار تهدف هذه المرحلة إلى إكساب الطفل كافة المهارات اللازمة لبدء برنامج التدريب التعليمي والتحصيل الدراسى والسلوكيات المتصلة بهذه الأنشطة . ولما كانت الأنشطة التى تجرى فى الفصل الدراسى تتطلب مهارات لغوية؛ فإن هذه المرحلة تهدف أيضاً إلى متابعة وتعزيز واستمرار

النمو وارتقاء اللغة، ومهارات التواصل والتفاعل الاجتماعى . لذلك يحدد الباحثون والمهتمون بهذا الاضطراب عدد أطفال الفصل ـ فى حالات الذاتوية ـ بنحو ٣ ـ ٤ أطفال ، مع وجوب وجود اثنين من المدرسين (ويفضل أن يكون معلم ومعلمة)، مع امكانية حضور أحد الأفراد للعمل كمساعد للمعلم ـ أو المعلمة ـ وربما يكون هذا الفرد الأم أو الأخت الكبرى لأحد حالات الذاتوية بحيث يمارس هذه المهمة متطوعاً ـ بعد مروره بخبرات التدريب المتكامل على منهج وأساليب التأهيل والتعامل مع الأطفال الذاتويين .

ولا يتعين النظر إلى هذه المرحلة باعتبارها مرحلة تهدف إلى تعليم الطفل الذاتوى مبادئ القراءة والكتابة، لكن يتعين النظر إليها على أنها مرحلة تمهيدية ثرية وغنية بالأنشطة المشابهة لتلك التى تجرى فى دور الحضانة ورياض الأطفال العادية من قبيل التربية الفنية، ورسم الحروف الكبيرة بالطباشير، أو الرسم على الرمل ... إلخ .

المرحلة التاسعة : استكمال المهارات اللغوية :

وهدف هذه المرحلة هو استكمال المهارات اللغوية ـ التى سبق للطفل البدء فى تعلمها ـ واللازمة للدخول فى مرحلة الدراسة الأكاديمية وأنشطة المنهج التربوى بتشعباته المختلفة المرتبطة بمستوى ذكاء الطفل . فمن المعلومات المتوافرة لدينا عن اضطراب الذاتوية أنه يمكن أن يصيب الطفل عادى الذكاء أو الطفل عالى الذكاء، كما أنه يمكن أن يصيب الطفل المتخلف عقليا . وعلى هذا يمكن القول أن مجموعات الأطفال الذاتويين يختلفون فى قدراتهم العقلية، وتتباين مستوياتهم تبايناً كبيراً، ومن هنا تأتى أهمية إعادة تصنيفهم بعد تحقيق قدر مناسب من النجاح فيما يتعلق بأهداف المراحل الثمان السابقة من مراحل تدريب وتأهيل حالات الأطفال الذاتويين .. وذلك قبل الشروع فى تأهيلهم أكاديمياً .

ومما يجدر ذكره هنا، أن نشير إلى أن كل مرحلة من المراحل الثمان السابقة تستغرق فترات زمنية مختلفة من طفل لآخر وذلك فى ضوء درجة أو شدة الإعاقة، ومن هنا، تتضح أهمية تحديد مستوى الذاتوية لدى الطفل الذاتوى " التوحدى " وذلك على مقياس السلوك الذاتوى الذى أعده " كروج " Krug ، وأيضا على مقياس السلوك التوافقى للأطفال . وذلك قبل وضع أى تخطيط لمنهج أو برنامج التدريب والتأهيل .

كما أنه من المتوقع ـ من ناحية أخرى ـ أن تكون هناك صعوبة في تحقيق أهداف التدريب والتأهيل، واتساع المدى الزمني الذي تستغرقه كل مرحلة، والذي قد يمتد لسنوات مرتبطاً في ذلك ارتباطاً طردياً كلما ازدادت شدة الحالة .

كما أنه من المتوقع ـ من ناحية ثالثة ـ أنه في بعض حالات الأطفال الذاتويين قد يكون التقدم أو التحسن أمراً بعيد المنال، خاصة إذا اقترنت الذاتوية بالتخلف العقلي الشديد، ومن نافلة القول ـ في هذا الصدد أن نذكر أن الاضطراب الذاتوي من أكثر اضطرابات الطفولة صعوبة . وأنه على الرغم من إجراء البحوث والدراسات المستفيضة، خاصة في الدول الصناعية، إلا أن التقدم في فهم محددات هذا الاضطراب، وأساليب التدخل والتأهيل والعلاج لا يزال محدوداً .

والقارئ لمراحل التأهيل المتبعة مع حالات الذاتوية " إعاقة التوحد " يمكن أن يستخرج بعض النتائج العامة، وذلك على النحو التالي :

(أ) أن كل طفل ذاتوي " اجتراري " له سمات شخصية مميزة، قد تتفق، وقد تختلف مع السمات الشخصية لغيره من الأطفال . ولذلك يمكن القول أن لكل طفل ذاتوي مسار خاص به وحده في عملية التدريب والتأهيل . وأن المسار تتم مراجعته وتعديله في ضوء ما يحققه كل طفل على حدة، وذلك في ضوء ما أمكن التوصل إليه في كل مرحلة .

(ب) أن تقسيم عملية التدريب والتأهيل إلى مراحل ليس معناه أن كل مرحلة منفصلة عن المرحلة التي قبلها والمرحلة التي تليها . ذلك أن هذه المراحل ما هي إلا تقسيم نظري . وهذا التقسيم النظري ما هو إلا تصور للمسار الذي يحدد ملامح البرنامج، وفهم ترتيب المهارات المطلوبة فيه . ومعروف أن اكتساب بعض المهارات الجديدة قد يتطلب، وقد لا يتطلب اكتساب مهارات معينة سابقة، كما أن نجاح الطفل الذاتوي في التدرُّب على أنشطة معينة في مرحلة حالية لا يتم إلا بعد نجاحه في التدرُّب على هذه الأنشطة في مرحلة سابقة، وهكذا . وبالمثل فإن إتقان بعض الأنشطة في مرحلة ما، لا يعني توقفها في المراحل التالية، بل قد يتطلب التدريب العودة إلى العديد من الأنشطة السابقة لتذكرة الطفل بها، والتأكيد على استمرارية استيعابها، خاصة إذا وضعنا في اعتبارنا أن

الطفل الذاتوى سريع النسيان، فيما عدا بعض الحالات التى يتذكر فيها خبرات سابقة معينة، وأن إعادة التدريب وتكرار عملية أساسية فى الحصول على مزيد من التقدم .

(جـ) أنه ـ من الضرورى ـ لإنجاح أى برنامج للتدريب وتأهيل الأطفال الذاتويين ـ خلال كافة مراحله بصفة عامة، ومراحل التأهيل الأكاديمى والاجتماعى بصفة خاصة ـ أن تتضافر عوامل عديدة من قبيل الألفة والتواصل، وبناء الثقة بين الطفل ومعلمه ـ أو معلمته ـ من جهة؛ والطفل والأخصائى القائم بعملية التدريب والتأهيل من جهة ثانية ـ وأن يسود جلسات التأهيل جو من الحب المتبادل، والاحترام، والشعور بالأمان بالنسبة للطفل، والاهتمام به، وما إلى ذلك .

(د) أنه من الضرورى ـ كذلك ـ فى تدريب الأطفال الذاتويين الاعتماد على عناصر البيئة المألوفة لدى الطفل، واستخدام المحسوسات والوسائل التعليمية . وتجنب استخدام المفاهيم المجردة، وذلك لأن الطفل الذاتوى يعجز عن التجريد والتصور والتخيل .

(هـ) أن من عوامل نجاح تدريب وتأهيل الطفل الذاتوى ـ بالإضافة إلى ما سبق ـ الإعتماد على الاتصال المباشر بعناصر البيئة المألوفة، ذلك أن الطفل الذاتوى لا يملك رصيداً معرفياً، ويعانى من غياب القدرة على تمثل الأشياء . وعلى ذلك فهذا النوع من الأطفال فى حاجة إلى التدرج البطيئ، حتى فى الأشياء المألوفة، أو التى من نفس النوع، فضلاً عن ضرورة تذكيره المستمر بما سبق أن تعلمه، أو اكتسبه من خبرات، فالطفل الذاتوى يفقد بسهولة ما تعلمه سابقاً .

(و) يُراعى فى تدريب وتأهيل الطفل الذاتوى تدريباً أكاديمياً أن تكون فتراته قصيرة نسبياً تتراوح ما بين ١٠ ـ ١٥ دقيقة تزداد تدريجياً حتى تصل إلى ٣٠ دقيقة على الأكثر؛ لعجز هذا الطفل عن التركيز والانتباه لفترات طويلة .

(ز) أن من عوامل نجاح تدريب وتأهيل الطفل الذاتوى ـ بالإضافة إلى ما سبق ذكره ـ استخدام وسائل مثيرة للحواس لتنمية قدراته وذلك من خلال استخدام " أدوات ذات أشكال وألوان مختلفة، أوأجهزة تصدر أصواتاً متدرجة مختلفة وغير ذلك من الوسائل السمعية والبصرية المعتمدة على

إثارة حواس الإبصار، أو السمع، أو اللمس . ويساعد على تحقيق هذا النجاح توافر هذه الوسائل فى ظل التقدم العلمى والتكنولوجى المعاصر مما يتيح استخدام التليفزيون والفيديو والأجهزة التعليمية التى تتيح الفرصة للمس والسمع فى تعلم الحروف والأرقام، والاختيار، والاستيعاب، والتعزيز الفورى لاستجابات الطفل، وكذلك الأفلام والكتب المبرمجة، وأجهزة الكومبيوتر مع توافر المواد المبرمجة والتى أمكن انتاج بعض منها محليا " (عثمان لبيب، المرجع السابق، ص ١٨) .

ومما تجدر الإشارة إليه هنا أن استخدام التقنيات الحديثة ليس هدفا فى حد ذاته، ولكنه وسيلة لتنمية الدافعية والرغبة فى التعلم، وتكوين توافقات اجتماعية بناءة تحفز الطفل الذاتوى وتشجعه على التفاعل مع بيئته، وتوظيف معلوماته كى يحقق أكبر قدر ممكن من الاستقلال الشخصى والاعتماد على النفس فى حدود قدرات الطفل ونجاحه، وسرعة تقدمه .

(ح) أن من عوامل نجاح تدريب وتأهيل الطفل الذاتوى ـ كذلك ـ العمل على تنشيطه على المستوى العقلى . ذلك أن تنشيط عقل الطفل العادى يمكن أن يحدث بشكل تلقائى فى بيئته الاجتماعية، وكنتيجة للتفاعل المستمر مع الوسط الذى يعيش فيه، أما فى حالة الطفل الذاتوى، فإن نموه العقلى قد يظل جامداً أو قد يسير ببطء شديد، ويحتاج إلى نشاط خاص، وتدخل تربوى مكثف ومتواصل، وذلك بسبب انغلاق وعزلة الطفل، وقصور قدرته على التواصل مع الآخرين، وغياب الحافز لديه؛ مما يتطلب الدقة فى اختيار الأنشطة المشوقة والجذابة .

(ط) ومما يذكر فى هذا الصدد أيضا أن مساحة حجرة الفصل الدراسى وطريقة اختيار الأثاث، ونوعيته، وترتيبه، وامكانية تغيير تنظيم محتويات هذا الفصل بين الحين والآخر، كذلك تغيير ألوانه وإضاءته، ومدى توفر المواد والوسائل التعليمية، ومكتب للطفل، وأدوات الكتابة، والتربية الفنية، كلها فرادى أو مجتمعة، عوامل تلعب دورا جوهريا فى تخطيط وتنفيذ برنامج التعليم والتدريب لأى طفل ذاتوى، خاصة إذا كان عدد تلاميذ الفصل الدراسى يتراوح بين ٣ ـ ٥ أطفال حسب السن ودرجة الإعاقة ومستوى الذكاء إلى جانب وجود أكثر من مدرس ومساعد للمدرس فى آن واحد مما يمكّن المدرّس من العناية الفردية بكل

طفل في الفصل؛ وهذا يتيح له رصد، ومتابعة تنفيذ عناصر برنامج التعليم والتدريب وتقييم النتائج تقييماً موضوعياً .

(ى) يتبين - في ضوء ما سبق - القول بأن نجاح بعض أساليب التدريب والتأهيل والتفاعل التربوى والاجتماعى مع حالة من حالات الأطفال الذاتويين لا يعنى بالضرورة نجاحها مع كل الحالات المماثلة، حتى لو كانت حالات لأطفال ذاتويين، ذلك أن لكل طفل ذاتوى خصائصه المحددة التى تميزه عن غيره من الأطفال، وهذا معناه أيضاً، أن أية خطة علاجية أو تأهيل اتبعت فى تأهيل طفل معين، إنها سوف تحرز نفس القدر من النجاح لو طبقت على طفل آخر؛ فلكل طفل ظروفه وقدراته ونوعية ودرجة إعاقته، وله ما يناسبه من أسس ومناهج وأساليب للتدريب والتأهيل .



الفصل الخـامس

الذاتويــة :
بحــوث ودراســات

- مقــدمـة

- دراسـات تناولت الذاتــويـة


www.alkottob.com

الفصل الخامس : الذاتوية : بحوث ودراسات

مقدمة :

حاول المؤلف فى الفصول الأربعة الأولى من هذا الكتاب أن يلقى بعض الضوء على هذا الاضطراب من عدة جوانب . وفى هذا الفصل الأخير، يرى أنه من المفيد فى محاولة فهمه لاضطراب الذاتوية ، أو اعاقة التوحد، أن يلخص عدداً من الدراسات والبحوث التى تناولته . وهذه المهمة يمكن القيام بها على النحو التالى :

(١) دراسة عمر بن الخطاب خليل (١٩٩١) :

بعنوان " التشخيص الفارق بين التخلف العقلى، واضطرابات الانتباه، والتوحدية " .

هدفت الدراسة إلى تعريف ثلاثة من أهم اضطرابات الطفولة التى تمثل إعاقات جوهرية تؤدى إلى ارتقاء (نمو) غير سوى للطفل، ونتيجة لإختلاط عدد كبير من الأعراض، فإن عملية التمييز أو التشخيص الفارق بين كل من التخلف العقلى Mental Retardation (MR) واضطرابات الانتباه Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) سواءً المصحوب بإفراط فى النشاط (النشاط الزائد) أو غير مصحوب بالنشاط الزائد، والشخصية التوحدية (الذاتوية " اعاقة التوحد ") Autism، أصبحت عملية ضرورية، وأصبحت الحاجة ماسة بالنسبة للمتخصصين للتعرف على خصائص وسمات كل فئة وطبيعة المشكلات التى تعانيها والمحكات التشخيصية التى يمكن الاعتماد عليها فى هذا المجال، وهو أمر على درجة كبيرة من الأهمية بالنسبة للأخصائى النفسى الكلينيكى .

وقد قام الباحث فى بداية دراسته بتحديد وتعريف القدرات، ثم تحديد مفاهيم الإعاقة والمظاهر السلوكية المرتبطة بكل إعاقة منها على حدة، مما قد يؤدى - من وجهة نظره - إلى نتائج تشخيصية سليمة .

وقد تناول الباحث تعريفات مختلفة للتخلف العقلى، من حيث المحاور الرئيسية الثلاثة التى تصدت لتعريفه وهى (أ) نسب الذكاء فقط، (ب) قدرة الشخص على التكيف والمواءمة مع المجتمع أو ظروفه البيئية، (جـ) أسباب التخلف خاصة الطبية منها وكذلك تلك التى تتناول المشكلات البنائية أو الإختلال القائم على أسباب بنائية .

كما عرض لمصطلح اضطراب الانتباه باعتباره يشير إلى أداء الأطفال ذوى النشاط الزائد Hyperactivity التى تتمثل ملامحهم الرئيسية فى عدم وجود نمو مناسب للانتباه، واندفاعية Impulsiveness وحركة زائدة تظهر فى أماكن كثيرة (على سبيل المثال : فى المنزل، المدرسة، العمل، المواقف الاجتماعية Social Situations) .

كما عرض للاضطراب التوحدى (الذاتوية " اعاقة التوحد ")، ومحكاته التشخيصية وهى (أ) التفاعل الاجتماعى، (ب) الاتصال اللفظى وغير اللفظى، والنشاط التخيلى، (جـ) ومخزون الأنشطة والاهتمامات .

وخلص الباحث إلى نتائج عدة تتبلور فى أن التخلف العقلى، واضطراب الانتباه، والاضطراب التوحدى (الذاتوية " اعاقة التوحد ")، يتسم كل منهم باضطراب واضح فى قدرة معرفية مختلفة عن القدرة المضطربة فى الاضطراب الأخير . وأننا إذا رجعنا إلى التعريف الخاص بالتخلف العقلى نجد فيه أن الطفل يعانى من تأخر وتخلف واضح فى نسبة الذكاء، ولما كانت أحد محكات الصدق لمقاييس الذكاء هى التحصيل الدراسى، فإن المشكلة الرئيسية تكون فى الذاكرة؛ إذ لا يستطيع الطفل أن يختزن المعلومات حتى فى السلوك التوافقى . ولذلك فإن المتخلف عقليا يعانى من صعوبات وتخلفاً واضحاً فيه ينتج عن عدم قدرته على استيعاب وتخزين الخبرات التى يحتاجها فى مواقف تالية .

أما إضطراب الانتباه فإن مسمى الاضطراب يدل على أن القدرة المضطربة هى الانتباه، ومن ثم فإن صاحبها يعانى من صعوبات فى التعلم والسلوك الاجتماعى كنتيجة لأنه غير ملتفت أو غير مشغول — إن صح التعبير — للمنبهات المحيطة به، ومن ثم فإن هذه المنبهات لم تختزن فى الذاكرة، لا كنتيجة لمشكلة فى الذاكرة، ولكن كنتيجة لعدم دخول المعلومة أصلا . أما الذاتوية " اعاقة التوحد " (أو الاضطراب التوحدى)، فتتمثل مشكلته فى الإدراك إذ نجد أن الطفل الإجترارى يهتم ويستجيب لمنبهات بعينها — بغض النظر عن كونها استجابة شاذة — ولا يستجيب لمنبهات أخرى، بما يعنى أن الخلل والعطب يكونان فى الإدراك .. هذا بالإضافة إلى عدم قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين، مما يعيقه عن العمل على زيادة مخزون الذاكرة والإرتفاع بمستوى القدرة .

* **مثال لحالة " أوتيزم "[1] :**

هى فتاة أسترالية تدعى " دونا ويليامز " عاشت طفولتها فى معاناة بغير حدود فى تعاملها مع أسرتها وأقربائها وأقرانها؛ حيث أمضت سنوات طويلة حبيسة غرفة معزولة فى منزل الأسرة . ولم يكتشف أحد أنها تعانى من الأوتيزم إلا عندما وصلت إلى سن الخامسة عشر .

كانت " دونا " من نسبة الـ ١٠٪ من الاجترارين الذين لا يعانون من تخلف عقلى مصاحب لهذه الإعاقة، فقد كانت عادية الذكاء، مما مكنها بما أتيح لها من فرص مواتية لاكتساب مهارات الإتصال عن طريق الإشارة أولا ثم عن طريق النمو اللغوى البطيئ نوعاً ما، ثم تعلمت الإتصال عن طريق الآلة الكاتبة أولا، ثم عن طريق الكومبيوتر .

ولدت " دونا وليامز" لأسرة ريفية كانت ترفض بشدة تصرفات الأبنة وتقابلها بعنف، وقسوة، متهمين إياها بالعناد والغباء، ولم يغير من معاملة الأسرة تشخيص أحد أطباء القرية لحالتها بأنه " طفلة إجترارية " وكان ذلك فى الثانية من عمرها، بل حجبتها الأسرة بعيداً عن عيون الجيران خوفاً من الفضيحة أو أن يقال أن لديهم ابنة معتوهة .

وكانت " دونا " تسمع من أمها وبعض الجيران أصواتاً تصدر من أفواههم تختلف فى شدتها ونغماتها ولا تفهم معناها . ولم تكن تستطيع تقليدها حتى سن الرابعة تقريبا . ثم بدأت ـــ بعد ذلك ـــ فى تقليد النطق بآخر كلمة أو كلمتين سمعتها من أمها أو أبيها أو أحد أقاربها . ورغم ذلك كانت تجد صعوبة كبيرة فى متابعة السرعة التى كان يتحدث بها الآخرون .

وعند إلتحاقها بمدرسة رياض الأطفال فى سن الرابعة ـ كانت المدرسة بمثابة إمتداد للوحدة التى تعانيها فى المنزل، لكنها اغرقت نفسها فى أعمال روتينية نمطية غير هادفة، بحيث تستهلك من وقتها أكبر قدر ممكن من الساعات .

---

[1] هذا المثال عبارة عن تلخيص للحالة التى عرضها عثمان لبيب فراج (١٩٩٥ : ٢ ـــ ١٠) .

وعندما بلغت عامها الثانى عشر لاحظت أنها تتمتع بذاكرة قوية بدرجة تفوق أقرانها، فنجحت بشكل لفت أنظار مدرسيها وإدارة المدرسة، حتى أن المدرسة أوفدتها مع ثلاث من زميلاتها إلى كندا في برنامج تبادل الشباب من الطلبة والطالبات لتمضية عام دراسى في ضيافة أسرة كندية فى مونتريال، وفعلا سافرت وكان عمرها فى ذلك الوقت خمسة عشر عاما، وقضت عاماً دراسياً ممتعاً فى مدرسة ثانوية والتحقت فى نفس الوقت بأعمال مختلفة لمدة ساعتين يوميا خلال أيام الأسبوع بعد عودتها من المدرسة وخلال عطلات نهاية الأسبوع وغيرها من الأجازات . ولفرط نجاحها فى العمل والدراسة وتفانيها في إسعاد الاسرة الكندية التى فقدت طفلتها ذات العشرة أعوام فى حادث سيارة، طلبت هذه الأسرة تبنيها رسمياً وبقائها فى كندا .

غير أن " دونا " تعثرت فى السنوات التالية من المدرسة الثانوية، وفضلت أن تلتحق بعمل، وعُينت بالفعل في مصنع للملابس النسائية الجاهزة، غير أنها عجزت عن مسايرة طبيعة العمل فيه، وطردت، ثم التحقت بعمل آخر، لم توفق فيه أيضاً، مما دفعها إلى محاولة فاشلة للانتحار، إلا أنها أنقذت واهتم بحالتها أحد الأطباء النفسيين ممن يعملون فى أحد مراكز البحوث المرتبطة بإعاقة " الأوتيزم " وعرفت " دونا " عندئذٍ لأول مرة أنها تعانى من هذه الإعاقة . ونجح هذا الطبيب فى إعادتها مرة ثانية إلى المدرسة بعد فترة علاج طويلة، حتى أنها أنهت مرحلة التعليم الثانوى، بل وحصلت على منحة للدراسة الجامعية، التى التحقت بها بالفعل وكانت عندئذٍ فى أواخر العام الثامن عشر من عمرها .

وقد واجهت " دونا " الكثير من الصعاب فى أثناء دراستها الجامعية، وخاصة تلك الصعوبات ذات الصلة باستيعاب المحاضرات ولكنها كانت تتغلب عليها عن طريق تسجيلها محاضرات أساتذتها والمناقشات التى تتم خلالها أو بعدها على شرائط كاسيت ثم تعيد الاستماع إليها بعد عودتها من الجامعة مرة أخرى . إلا أن " دونا " لا تزال بعد اتمام دراستها الجامعية تعانى من صعوبات تتعلق بصعوبة التعبير الشفوى والبدء بالحديث أو المناقشة، ولا تزال تميل ميلاً شديداً للوحدة والتأمل . كما لا تزال تتجنب الجلوس فى وسط أى مكان وتجلس دائما بجوار الحائط، ولا زالت تعانى من حساسية شديدة تجاه الأصوات والأضواء القوية . وهى تعمل الآن (عام ١٩٩٢) وقد بلغت خمس وعشرين عاماً ـ سكرتيرة فنية ومديرة مكتب طبيب نفسى مشهور يعمل بمستشفى للامراض النفسية والعقلية فى لندن .

(٢) دراسة عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) :
بعنوان : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسيَّة) (على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال) .

هدفت الدراسة إلى التعرف على خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسيَّة) على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال، خاصة فى ضوء ما تعانيه العيادات المصرية من قصور واضح - من وجهة نظرالباحث - فى أساليب تشخيص هذا الاضطراب . فضلاً عن أن مشكلة الأطفال المصابين بالتوحدية أنهم قد يشخصوا على أنهم أطفال مصابين بالتخلف العقلى . فى حين أن الدليل التشخيصى الإحصائى للأمراض العقلية DSM IV لا يصنف التوحدية تحت مسمى التخلف العقلى، ولكن يصنفه تحت الاضطرابات السلوكية ومن ثم فهناك فروق واضحة بين التخلف العقلى والذاتوية ' اعاقة التوحد ' .

وقد عرضت الدراسة تعريفات عديدة للتوحدية، ثم أعراضها علىالنحو الذى أشار إليه " وولف " (Wolf, 1988: 576) من أن الأطفال المصابين بالاضطراب التوحدى يعانون :

أولاً :عطب واضح فى الإتصال التفاعلى بالآخرين .
ثانياً : عطب واضح فى الارتقاء اللغوى .
ثالثاً : ممارسةانماط سلوكية نمطية .

وقد اشار الباحث فى سياق عرضه لمشكلة بحثه، أن معظم الدراسات أكدت على أن هناك خصائص وسمات محددة للأطفال المصابين بالتوحدية وهى :

(١) أنهم أطفال منسحبين .
(٢) لديهم عجز واضح فى الإتصال .
(٣) غالباً ما يكونوا لآباء متبلدين إنفعاليا .
(٤) أنهم أطفال شديدى الانطوائية .
(٥) أنهم أكثر توترا أو عصابيين .

غير أن معظم هذه الخصائص نتجت عن دراسات وصفية وملاحظات سواء من المتخصصين أو من الآباء، فى حين أنه لم تتم دراسة هذه الخصائص من خلال أداة موضوعية، ومن ثم فإن الدراسة تحاول قياس

سمات الشخصية التي يتصف بها الأطفال المصابين بالتوحدية ومقارنتهم بالأطفال الأسوياء لتحقيق الفرضين التاليين :

١- أن الأطفال المصابين بالتوحدية أكثر إنطوائية من الأطفال الأسوياء .

٢- أن الأطفال المصابين بالتوحدية عصابيين .

وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين هما :

(١) مجموعة الأطفال المصابين بالتوحدية، وكان عددهم خمس وعشرين، أربع وعشرون طفلا وطفلة واحدة ، متوسط أعمارهم ٦,٢ سنة، واعتمد الباحث على محكين في التشخيص :

الأول : بواسطة أطباء متخصصين في الأمراض العصبية .

الثاني : من خلال انطباق الأعراض عليهم بواسطة الأب والأم والباحث .

(٢) مجموعة الأطفال الأسوياء، وكان عددهم خمس وعشرين، أربع وعشرون طفلا وطفلة واحدة ، وكان متوسط أعمارهم ٦,٦ سنة .

وكانت أداة الدراسة المستخدمة هي استخبار أيزنك لشخصية الأطفال : Eysenck personality questionnaire for children ويقيس هذا الإستخبار بُعد الانطوائية - الإنبساطية ، والعصابية . وقد تم استخدام إختبار: " ت " ، T. Test لحساب دلالة الفروق بين الأطفال المصابين بالتوحدية والأطفال الأسوياء .

وقد أظهرت نتائج الدراسة صدق الفرضين اللذين افترضهما الباحث، حيث كان الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من الأطفال المصابين بالتوحدية، وكانت الفروق دالة عند مستوى ٠,٠٠١ ، وكان الأطفال المصابين بالتوحدية عصابيين - عند مقارنتهم بالأطفال الأسوياء، وكانت الفروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ ، وكان هذا معناه - في ضوء معلومات الباحث عن الشخص المنبسط تماماً (أوالنمطي)، المنطوي الخالص (أو النمطي) أن الأطفال التوحديين بما أنهم يتسمون بالإنسحاب والعزلة وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين ، فإنه يصبح منطقياً أن نعتبرهم أطفالاً شديدي الانطوائية، كنتيجة لإضطرابهم، وكنتيجة طبيعية لانطوائية آبائهم، ومن ثم تتسق النتائج التي تصف الأطفال المصابين بالتوحدية بأنهم أكثر إنطوائية من أقرانهم الأسوياء كنتيجة لخصائص الاضطراب والنشأة .

وقد يؤدى عجزهم عن الإتصال بالآخرين وكنتيجة لنشأتهم غالبا فى بيئة غير مشبعة، أو يوجد بها الكثير من الخلط فى النظام الإشارى، قد لا يعقبها غالباً استجابات صحيحة، قد يؤدى ذلك إلى توتر وقلق وتقلب فىالمزاج أو مايسمى بالعصابية. وهذا ما يعانى منه ويتسم به الأطفال المصابين بالتوحدية، ومن ثم كانت النتيجة متسقة والدراسات السابقة التى تصفهم بالعُصابية حيث اتضح من النتائج أنهم أكثر عصابية من أقرانهم الأسوياء .

(٣) دراسة عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧) :

بعنوان : " فاعلية برنامج سلوكى تدريبى فى تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين " .

هدفت الدراسة إلى استخدام برنامج سلوكى تدريبى يعمل على تخفيف حدة أعراض الأوتيزم المتمثلة فى كل من القلق، والسلوك العدوانى، والنشاط الحركى المفرط، وضعف الانتباه، وعدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين، وذلك لدى عينة من الأطفال ذوى الأوتيزم، إضافة إلى تنمية بعض المهارات الحياتية لدى هؤلاء الأطفال حتى يمكنهم أن يستفيدوا من الخدمات المقدمة لهم والتوافق مع البيئة المحيطة بهم .

وقد أشار الباحث فى مقدمة دراسته إلى العديد من الدراسات الأجنبية التى ألقت بعض الأضواء على الذاتوية " اعاقة التوحد " ــ وهى الظاهرة موضع الاهتمام والدراسة .

ثم لخص مشكلة بحثه فى الأعراض التى يعانى منها الأطفال الاجتراريون تقف عائق فى طريق كل من يتعامل مع هؤلاء الأطفال سواء فى داخل الأسرة أو فى المؤسسات المخصصة لمساعدتهم، وهذا هو ما يجعلهم يشعرون بالإرهاق والملل، وبالتالى قد يقل حماسهم وجهدهم المبذول لمساعدتهم، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن وجود هذه الأعراض يقلل من مدى استفادة الأطفال أنفسهم من الخدمات المقدمة إليهم .

وسجل الباحث خمسة تساؤلات هى بمثابة التعبير عن مشكلة الدراسة وفى ذات الوقت فروضها وهى كالتالى :

(١) هل توجد فروق دالة احصائيا بين الأطفال ذوى الأوتيزم فى مستوى الانتباه قبل وبعد البرنامج التدريبى السلوكى ؟

(٢) هل توجد فروق دالـة احصائيا بين الأطفـال ذوى الأوتـيزم فـى السلوك العدوانى قبل وبعد البرنامج التدريبى السلوكى ؟
(٣) هل توجد فروق دالة احصائياً بين الأطفال ذوى الأوتيزم فى فرط النشاط الحركى قبل وبعد البرنامج التدريبى السلوكى ؟
(٤) هل توجد فروق دالة احصائياً بين الأطفال ذوى الأوتيزم فـى مستوى القلق قبل وبعد البرنامج التدريبى السلوكى ؟
(٥) هل توجد فروق دالة احصائياً بين الأطفـال ذوى الأوتيزم فـى مستوى العلاقات الإجتماعية قبل وبعد البرنامج التدريبى السلوكى ؟

ثم عرض الباحث أهمية الدراسة من أربعة جوانب هى :
(١) أنها تتناول مجموعة من الأعراض تواجـه الأطفـال ذوى الأوتـيزم ـ أو ذوى التوحـد ـ لهـا بعض المظـاهر الكلينيكيـة مثـل اضطـراب الانتبـاه، والإدراك، والقلـق، والسـلوك العدوانـى، والنشـاط الحركـى المفـرط، بالإضافة إلى عدم القدرة علـى إقامـة علاقات إجتماعيـة مـع الآخرين، حيث تميِّز زملـة هـذه الأعـراض الأطفـال التوحديين، عـن غيرهـم مـن المتخلفين عقليا والأسوياء.
(٢) أنها ـ قد تسهم من خلال البرنامج السلوكى التدريبى فى تخفيف أعـراض الأوتيزم، وذلك من خلال تنمية بعـض الاستجابات الايجابيـة فـى سـلوك الأطفـال الاجترارين، وتزويدهـم ببعض المهارات الحياتيـة مـن أجـل إحداث التوافق مع أنفسهم .
(٣) أن هناك ندرة فى البحوث والدراسات فى مجال الذاتوية " اعاقة التوحد " ، فى البيئة العربية عامة، والبيئة السعودية خاصـة .
(٤) أنها قد تسفر عن نتائج يمكن استثمارها فى الاستفادة من الجهود المبذولـة لمساعدة هؤلاء الأطفال علىالتوافق مع البيئة المحيطة بهم .

وقـد تكونـت عينـة الدراسـة مـن (٣٠) ثلاثيـن مـن الأطفـــال الســعوديين التوحدييـن والذيـن سبق تشـخيصهم بواسـطة المقـاييس النفسـية، الصالحـة لتشـخيص التوحديـة، وتروا حـت أعمـار أفـراد العينـة مـابين ٧ ـــ ١٤ سـنة بمتوسط عمرى قدره ١٢٦ شهراء وانحراف معيارى قدره ٢٨,٧٤ .
وقد كانت أدوات الدراسة على النحو التالى :
(١) مقياس " كونرز لتقدير المعلم لسلوك الطفل (١٩٦٩) .
(٢) مقياس تقييم الطفل المنطوى على ذاته (الدفراوى، ١٩٩٠) .

(٣) مقياس " بينيه " للذكاء ، و" لوحة جودارد " .
(٤) البرنامج التدريبى (إعداد الباحث) .

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروق دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠٠١ بين متوسطات درجات القلق لدى الأطفال الاجترارين قبل وبعد البرنامج، وقد كانت الفروق فى صالح التطبيق بعد البرنامج التدريبى، بمعنى أن الأطفال الاجترارين قد انخفض مستوى القلق لديهم بعد تدريبهم على البرنامج .

كما كانت الفروق أيضا فى صالح الأطفال الاجترارين بعد البرنامج التدريبى، بمعنى أنه قد حدث انخفاض فى السلوك العدوانى بعد تعرضهم للبرنامج السلوكى.

وبنفس النتيجة فى التساؤل الثالث حيث انخفض النشاط الحركى المفرط لديهم بعد تعرضهم للبرنامج التدريبى .

ونفس النتيجة فى التساؤل الرابع حيث ارتفع مستوى الانتباه لديهم بعد تعرضهم للبرنامج التدريبى .

وأخيرا فى التساؤل الخامس أسفرت النتائج عن ارتفاع درجات الاجتماعية لدى الأطفال الاجترارين بمعنى زيادة علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين .

(٤) دراسة إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧) :

بعنوان : " مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد " .

يقرر الباحث بعد أن عرض فىمقدمة بحثه لبدايات هذا الاضطراب وظروف تحديده أن دراسته ماهى إلا محاولة لتطبيق برنامج علاجى تربوى، هو العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy ، وهو نوع من البرامج التى تطبق فى مدارس التربية الخاصة فى اليابان وأمريكا وكندا واندونيسيا، وأنه ثبتت فاعليته تماما مع حالات التوحد لدى الأطفال .

وأشار الباحث إلى أن بدايات اهتمامه بمشكلة التوحد لدى الأطفال ترجع إلى حضور طفل محول من المستشفى إلى عيادة الكلية التى يعمل بها، يعانىمن بعض الإضطرابات الانفعالية والاجتماعية الغريبة، وتظهر عليه

مظاهر سلوكية غريبة، وأن هذه الأعراض بدأت من السنة الثانية من عمر الطفل، وتم تشخيص الحالة على أنها حالة توحد Autism ، بعد ذلك قام الباحث بزيارة لعديد من مدارس التربية الخاصة للتعرف على مدى انتشار هذه الحالات بين الأطفال، وتم بالفعل التوصل إلى عددٍ من الأطفال ممن تنطبق عليها محكات تشخيص الذاتوية " اعاقة التوحد " (التوحدية)، لكن هؤلاء الأطفال كان يتم تصنيفهم في بعض الأحيان على أنهم متخلفين عقليا .

وفي ضوء ما سبق تكمن أهمية الدراسة في أنها تتناول فئة من الأطفال لم تأخذ حظها من الدراسات العربية، وهي فئة الأطفال الذين يعانون من التوحد، وذلك كمحاولة لتقديم قائمة للمظاهر السلوكية التي تساعد في تشخيص هذه الحالات، وتقدم الدراسة أيضاً فنية علاجية جديدة في البيئة العربية وهي برنامج العلاج بالحياة اليومية للتعرف على مدى تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد بعد تطبيق البرنامج عليهم .

وقد ناقش الباحث في الإطار النظري للدراسة ـــ بشيئ من التفصيل ـــ مصطلح التوحد، ثم ناقش جهود العلماء حول هذا المرض وأعراضه عند عديد من الباحثين والمهتمين به في مجال التربية الخاصة، كما قدم جانبا من التفسيرات البيولوجية والسيكولوجية لمرض التوحد، وناقش الفروق بين الجنسين . ثم عرض للعلاج بالحياة اليومية وأوضح المبادئ الأساسية الخمسة التي يقوم عليها وهي :

١ـ التعليم الموجه للمجموعة Group-Oriented Instruction .

٢ـ تعليم الأنشطة الروتينية Highly Structured Routine Activties .

٣ـ التعلم من خلال التقليد Learning through Imitation .

٤ـ تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصادم :
Reduction of unproductive activity Levels through rigorous exercise .

٥ـ المنهج الذي يركز على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية (أو الحركة) : Curriculum based on Music, Art, and Movement .

وقد تكونت عينة الدراسة من (٤) أربع أطفال ذكور ممن يعانون من مرض التوحد، تتراوح أعمارهم بين ٥,٦ سنة إلى ٧,٨ سنة . وكانت قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوي التوحد هي أداة الدراسة الأساسية وهي مقسمة إلى أربعة أبعاد رئيسية تعبر عن اضطرابات في الجوانب التالية :

(أ) الاضطرابات الانفعالية .
(ب) الاضطرابات الاجتماعية .
(جـ) الاضطرابات فى اللغة .
(د) الأنماط السلوكية النمطية .

وقد إتضح من نتائج الدراسة مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد، ويرجع ذلك إلى أن فنية العلاج بالحياة اليومية، منهج تربوى لمساعدة الأطفال ذوى التوحد، وهذا المنهج بمبادئه الخمسة يسهم فى تحسن حالات هؤلاء الأطفال، ويجعلهم قادرين على الاعتماد على أنفسهم .

ويرى الباحث أن نجاح البرنامج العلاجى إلى أنه متكامل يتناول كافة الاضطرابات الخاصة بفئة الأطفال التوحديين فهو يركز على تعلم المهارات الأكاديمية والدراسية فى مدارس التربية الخاصة من خلال أساتذة متخصصين فى هذا المجال، ويركز أيضا على تقديم برامج فى المدرسة العادية من خلال دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم الأسوياء وذلك لخلق بيئة صالح للنمو الاجتماعى والانفعالى .



المـراجـــع

المراجع العربية والأجنبية :

(١) إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧) : مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد (فى) المؤتمر الدولى الرابع لمركز الإرشاد النفسى (الإرشاد النفسى والمجال التربوى، ٢ ـ ٤ ديسمبر) المجلد الثانى، كلية التربية : جامعة عين شمس، ص ص ٧٢٧ ـ ٧٥٦.

(٢) بول موسن، جون كونجر، وجيروم كاجان (١٩٩٣) : أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، ط ٢، الكويت : مكتبة الفلاح .

(٣) جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافى (١٩٩٦) : معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثامن، القاهرة : دار النهضة العربية .

(٤) جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٩٥) : معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السابع، القاهرة : دار النهضة العربية .

(٥) جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٩٢) : معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الخامس، القاهرة : دار النهضة العربية .

(٦) جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٩١) : معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الرابع، القاهرة : دار النهضة العربية .

(٧) جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٩٠) : معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، القاهرة : دار النهضة العربية .

(٨) جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الأول، القاهرة : دار النهضة العربية .

(٩) ريتشارد . م . سوين (١٩٧٩) ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة : دار النهضة العربية .

(١٠) زيدان أحمد السرطاوى وكمال سيسالم (١٩٨٧) : المعاقون أكاديمياً وسلوكياً، خصائصهم وأساليب تربيتهم، الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية .

(١١) سيجموند فرويد ، ترجمة سامى محمود على وعبد السلام القفاش (١٩٨٠) : الموجز فى التحليل النفسى، القاهرة : دار المعارف .

(١٢) سيجموند فرويد (١٩٨٠) : الموجز فى التحليل النفسى، ترجمة سامى محمود على، عبد السلام القفاش، القاهرة : دار المعارف .

(١٣) عادل عبد الله محمد (١٩٩١) : اتجاهات نظرية فى سيكولوجية نمو الطفل والمراهق، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(١٤) عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧) : موسوعة التربية الخاصة، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(١٥) عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطى (١٩٩٢) : قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(١٦) عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧) : فاعلية برنامج سلوكى تدريبى فى تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين (فى) المؤتمر الدولى الرابع لمركز الإرشاد النفسى (الإرشاد النفسى والمجال التربوى ٢ ــ ٤ ديسمبر)، المجلد الأول ، كلية التربية : جامعة عين شمس، ص ص ٤٣٧ ــ ٤٦٠ .

(١٧) عبد المنعم الحفني (١٩٧٨) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة : مكتبة مدبولي .

(١٨) عثمان لبيب فراج (ديسمبر ـ ١٩٩٤) : إعاقة " التوحد " أو "الاجترار" Autism خواصها وتشخيصها (١)، النشرة الدورية (العدد ٤٠)؛ السنة الحادية عشر، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص ص ٢ ـ ٨ .

(١٩) عثمان لبيب فراج (مارس ـ ١٩٩٥) : إعاقة " التوحد " أو " الاجترار" Autism خواصها وتشخيصها (٢)، النشرة الدورية (العدد ٤١)؛ السنة الثانية عشر، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص ص ٢ ـ ٨ .

(٢٠) عثمان لبيب فراج (يونيو ـ ١٩٩٥) : إعاقة " التوحد " أو " الاجترار" Autism خواصها وتشخيصها (٣)، النشرة الدورية (العدد ٤٢)؛ السنة الثانية عشر، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص ص ٢ ـ ٧ .

(٢١) عثمان لبيب فراج (سبتمبر ـ ١٩٩٥) : إعاقة " التوحد " Autism دراسة حالة (٤)، النشرة الدورية (العدد ٤٣)؛ السنة الثانية عشر، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص ص ٢ ـ ٢٣ .

(٢٢) عثمان لبيب فراج (سبتمبر ـ ١٩٩٥) : إعاقة " التوحد " Autism دراسة حالة : فتاة تكشف أسرار إعاقة التوحد التي تعاني منها (٥)، النشرة الدورية (العدد ٤٤)؛ السنة الثانية عشر، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص ص ٢ ـ ١٠ .

(٢٣) عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية " الأوتيسية " (على استخبار أيزنك

لشخصية الأطفال) ، مجلة معوقات الطفولة ، المجلد الثالث، العدد الأول، جامعة الأزهر : مركز معوقات الطفولة ، ص ص ٦٣ ـ ٧٢ .

(٢٤) **عمر بن الخطاب خليل** (١٩٩١) : التشخيص الفارق بين التخلف العقلي، واضطرابات الانتباه، والتوحدية . دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية " رانم" ، ك ١، جـ ٣، القاهرة : دار النهضة العربية، ص ص ٥١٣ ـ ٥٢٨ .

(٢٥) **فتحى السيد عبد الرحيم** (١٩٩٠) سكيولوجية الأطفال غير العاديين، واستراتيجيات التربية الخاصة (الجزء الثانى)، ط ٤ ، الكويت : دار القلم .

(٢٦) **محمد شعلان** (١٩٧٩) : الاضطرابات النفسية فى الأطفال، الجزء الثانى، القاهرة : الجهاز المركزى للكتب الجامعية .

(٢٧) **محمد على كامل** (١٩٩٨) : من هم ذوى الأوتيزم ؟ وكيف نعدهم للنضج . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

(٢٨) **محمد عماد الدين إسماعيل ومحمد أحمد غالى** (١٩٨١) : فى علم النفس النمائى : الإطار النظرى لدراسة النمو، الكويت : دار القلم .

(٢٩) **محمود حمودة** (١٩٩١) : الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج، القاهرة : المطبعة الفنية الحديثة .

٣٠) **نيفين مصطفى زيور** (١٩٨٨) : الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق، القاهرة : بدون ناشر .

(31) **Clark, G.D.** (1965), (in Weston, P.T.B., ed) : So Approaches to teaching Autis Children, Oxford : Pergamon .

(32) **Creak, M. et al.** (1961), Schizophrenic Syndrome in children, British Medical Journal, 2, pp. 889 - 890 .

(33) **Elgar, S. and Wing, L.** (1969), Teaching Autistic children, College of Special Education .

(34) **Furneaux, B.** (1969), The Special Child (ch, 9), Harmondsworth : Penguin .

(35) **Gulliford, R.** (1973) : Special Educational Needs, Routledge & Kegan Paul : London .

(36) **Khalil., O,** (1995) : Behavioral Therapy for Autistic Children, p p 261 -- 275 .
(فى) بحوث ودراسات فى التربية الخاصة، المجموعة الثالثة، بحوث ودراسات نفسية واجتماعية . المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة، أكتوبر ، وزارة التربية والتعليم .

(37) **Khalil., O.** , (1993) : Characteristics of Autistic children parents . Center for Handicapped children's Journal, university of Al Azhar . vol. 2, No. 1 , March, p p 333 -- 349 .

(38) **Nelson. pitawickes & Israel Allen, C.** (1991) : Behaviour Disorder of childhood . (2nd Ed) prentice Hall, Englewood Cliffs : New Jersey .

(39) **Roeyers, H.** (1995) : A peermediated proximity intervention to faciliate the social interaction of children with apervasive developmental disorders, British Journal of special Education, vol. 22, No. 4 . Dec, p p 161 -- 176 .

(40) **Mittler, P.J.** (1968), Aspects of Autism, British Psychological Society .

(41) **Rimland, B.** (1965), Infantile Autism, London ; Methuen .

(42) **Rutter, M.** (1967), " Schooling and the Autistic child ", Special Education, 56, 2, pp. 19 - 25 .

(43) **Rutter, M.** (1970), " Autism : Concepts and consequences, Special Education, 59, 2, pp. 20 - 24; 59; 3, pp. 6 - 10 .

(44) **Wing, J.K.** (ed.) (1966), Early Childhood Autism, Oxford : Pergamon press .

مطبعة العمرانية للأوفست
بالجيزة ت : ٥٨١٧٥٥٠


www.alkottob.com

